

Random Student Drug Testing Permission

Campus _____ Date of Birth: _____ Student I.D. #: _____

PRINT STUDENT LEGAL NAME: _____
FIRST NAME MIDDLE NAME LAST NAME

Grade Level: _____ Extracurricular Activities: _____

AS A STUDENT:

- I understand and agree that participation in extracurricular activities is voluntary and a privilege. I understand that as part of my voluntary participation in extracurricular activities, I am also consenting to participation in the school district's Random Student Drug Testing Program.
- I understand that if I decline to consent to participation in the Random Student Drug Testing Program that I will be ineligible for participation in the selected competitive extracurricular activities in the Galena Park Independent School District for the entire academic school year.
- I understand and consent to voluntary participation in the school district's Random Student Drug Testing Program.

AS A PARENT/ GUARDIAN / CUSTODIAN:

- I understand that my child's participation in extracurricular activities is voluntary and a privilege (FM Local Policy). I understand that as part of my child's voluntary participation in extracurricular activities, I am consenting to his/her participation in the school district's Random Student Drug Testing Program for the entire academic school year.
- I understand that if I decline to consent to my child's participation in the Random Student Drug Testing Program, my child will be ineligible for participation in competitive extracurricular activities in the Galena Park Independent School District.
- I agree to my child's voluntary participation in the Random Student Drug Testing Program.

As evidenced by my signature below, I hereby consent to allow the student named above to undergo random drug testing for the presence of alcohol, illicit drugs and/or banned substances in accordance with applicable Board policy. I understand that the urine collection process will be overseen by a qualified vendor and that samples will be sent to a certified medical laboratory for testing, and that samples will be coded for confidentiality. I understand that the vendor selected by the Galena Park Independent School District, its laboratory, doctors, employees, and/or agents will perform urinalysis testing or oral fluids testing for the detection of alcohol, illicit drugs and/or banned substances.

I further authorize the vendor selected by Galena Park Independent School District, its doctors, employees, and/or agents, to release results of tests to the Galena Park Independent School District in accordance with Board policy. I understand that the consent granted herein is effective for all activities in which the above-named student might participate during the 2019-2020 school year. This consent is effective August 21, 2019– May 28, 2020.

Printed Parent/ Guardian/ Custodian Name

Daytime Phone Number

Parent/ Guardian/ Custodian Signature

Date

Student Signature

Date

Permiso para Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar

Escuela _____ Fecha de nacimiento: _____ # I.D. del estudiante: _____

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE: _____
PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

Grado escolar: _____ Actividades Extracurriculares: _____

COMO ESTUDIANTE:

- Yo entiendo y acepto que la participación en actividades extracurriculares es voluntaria y es un privilegio. Tengo entendido que como parte de mi participación voluntaria en actividades extracurriculares, también estoy consintiendo a la participación en el Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar del Distrito Escolar.
- Yo entiendo que si me niego al consentimiento en la participación del Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar, no seré elegible para la participación en actividades extracurriculares de competencia en el Distrito Escolar Independiente de Galena Park durante todo el año escolar académico.
- Yo comprendo y consiento la participación voluntaria en el Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar del Distrito Escolar.

COMO PADRE/ TUTOR / GUARDIÁN:

- He leído la política FNF (LOCAL) y entiendo que la participación de mi hijo/a en las actividades extracurriculares es voluntaria y es un privilegio. Tengo entendido que como parte de la participación voluntaria de mi hijo/a en actividades extracurriculares, estoy consintiendo a su participación en el Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar del Distrito Escolar para todo el año escolar académico.
- Yo entiendo que si me niego al consentimiento a la participación de mi hijo/a en el Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar, mi hijo/a no será elegible para la participación en actividades extracurriculares de competencia en el Distrito Escolar Independiente de Galena Park.
- Estoy de acuerdo en la participación voluntaria de mi hijo/a en el Programa de Examen de Drogas en Estudiante tomado al azar.

Según hago constar mediante mi firma al pie de este formulario, por este medio permito que el estudiante mencionado arriba se someta al examen de drogas al azar, para detectar la presencia de alcohol, drogas ilícitas y/o sustancias prohibidas conforme a la política de la Mesa Directiva. Yo entiendo que el proceso de recolección de orina será supervisado por un proveedor calificado y que esas muestras serán enviadas a un laboratorio médico certificado para la realización de exámenes, y que las muestras serán codificadas para su confidencialidad. Yo entiendo que el proveedor seleccionado por el Distrito Escolar Independiente de Galena Park, su laboratorio, doctores, empleados y/o agentes llevarán a cabo análisis de orina o de fluidos bucales para detectar la presencia de alcohol, drogas ilícitas y/o sustancias prohibidas.

Además autorizo al proveedor seleccionado por el Distrito Escolar Independiente de Galena Park, sus doctores, empleados y/o agentes, para entregar los resultados de los exámenes al Distrito Escolar Independiente de Galena Park de acuerdo a la política de la Mesa Directiva. Yo entiendo que el consentimiento otorgado en este formulario es efectivo para todas las actividades en las que el estudiante arriba mencionado pueda participar durante el año escolar 2019-2020. Este consentimiento es efectivo desde la fecha del 21 de agosto de 2019 al 28 de mayo de 2020.

Escriba el nombre del Padre/Tutor/Guardián

Número de teléfono durante el día

Firma del Padre/Tutor/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha