Distrito Escolar Unificado de Paso Robles
Formulario de Autorización (Al Azar) Voluntaria Para Pruebas de Detección de Drogas

El Distrito Escolar Unificado de Paso Robles está implementando un programa de pruebas de drogas al azar voluntaria para todos los estudiantes en los grados del 6-12. El objetivo de este programa es ayudar a nuestros hijos en la lucha contra el abuso de drogas. El programa es ayudar a nuestros hijos en la lucha contra el abuso de drogas. El programa no se está aplicando como una manera de atrapar a los estudiantes tomando drogas, sino más bien para mantener a nuestros niños de no experimentar con ellas. Al inscribirse en este programa usted está dando a su hijo una razón para "decir no."

Nadie en el Distrito Escolar Unificado de Paso Robles tendrá conocimiento de los resultados de las pruebas de drogas de su hijo. Este programa no mantendrá a ningún estudiante de atletismo u otras actividades escolares. Resultados permanecerán extremadamente confidenciales y serán reportados directamente al padre/tutor legal utilizando la dirección de correo electrónico de los padres.

El formulario debe ser completado y firmado por el estudiante y usted como padre/tutor legal indicando su decisión de tener a su hijo a participar en este programa. Este programa se ofrece de forma gratuita durante el año escolar desde 2015 hasta 2016.

Por favor circule su elección: **SI** **NO**

Circule **SÍ**, estoy autorizando al Drug Testing Center y Consortium (DTC) para poner a mi hijo en un grupo de estudiantes que tomaran la prueba de drogas al aza para recoger una muestra de orina de mi hijo para la prueba de drogas cuando se selecciona el nombre de mi hijo. Circulando **NO**, esta forma será presentada sólo con fines de mantenimiento.

ID del estudiante_____ Grado de Estudiante (marque uno) 6 7 8 9 10 11 12

☐Paso Robles High School ☐Liberty High School ☐Independence High School

☐Flamson Middle School ☐Lewis Middle School

_____ _____ _____
Nombre del Estudiante Firma de Estudiante Fecha

_____ _____ _____
Nombre del Padre/Guardián Firma del Padre/Guardián Fecha

_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

_____ _____
de Teléfono casa/celular de Padres # del Trabajo de Padres

_____
La dirección de correo electrónico de los padres

<u>Favor de regresar esta forma a la escuela</u>