



CARROLL COUNTY SCHOOLS

164 Independence Drive | Carrollton, Georgia 30116 | Phone 770.832.3568 | carrollcountyschools.com

Sistema Escolar el Condado de Carroll

Consentimiento de Participación-Prueba de Drogas Estudiantil

Entiendo que la sumisión a pruebas de detección de drogas y alcohol es una condición de participación en actividades privilegiadas en el sistema escolar del Condado de Carroll. Además, entiendo que si me niego a ser probado, dejar de ser presente para la prueba, o si la prueba establece una violación de la política de prueba de drogas, seré sujeto a las consecuencias como expuesto por la política de prueba de drogas.

Al firmar y ponerle la fecha a este formulario, consiento ser probado al azar durante el año escolar. Las pruebas al azar se realizará mensualmente durante el año escolar. El proceso de selección para las pruebas de drogas al azar se realizará por la entidad contratante con los estudiantes participantes notificados el día de la prueba.

Por la presente autorizo a la administración de las pruebas de drogas y a las condiciones indicadas en este consentimiento y acompañamiento prohibiciones generales y procedimientos indicados en la Política JCABB, JCABB-R(1) del Manual del Sistema Política de las Escuelas del Condado de Carroll.

Entiendo que a menos que mi padre o guarda se pongan en contacto con la Administración de Prueba de drogas después del primer año y hace una solicitud formal para quitar mi nombre y número de identificación estudiantil del fondo de pruebas, mi nombre será automáticamente entrado de nuevo en el fondo de pruebas cada año.

Nombre Impreso del Alumno Participante: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre Impreso de Padre/Guarda: _____

Fecha: _____ Firma: _____