

**ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR DE BEAUFORT
FORMA DE CONCENTIMIENTO PARA PRUEBA DE DROGAS**

Deseo que _____ (estudiante) pueda participar en algunas o todas de las siguientes actividades voluntarias o privilegios ofrecidos por las Escuelas del Distrito Escolar de Beaufort: atletismo inter-escolar, otras actividades extracurriculares voluntarias y privilegio de estacionamiento.

Por la presente acepto que:

- He leído y entiendo el reglamento administrativo del Distrito Escolar del Condado de Beaufort que rige las pruebas de drogas al azar para estudiantes. He leído y entendido el reglamento.

- _____ (estudiante) debe estar matriculado en el programa de pruebas al azar de las Escuelas del Condado de Beaufort empezando este año escolar y podrá ser sometido a la prueba de droga al azar en cualquier momento en el año escolar mientras este matriculado en las Escuelas del Condado de Beaufort conforme al reglamento.

- Las pruebas de drogas de los estudiantes bajo el reglamento de pruebas de drogas al azar son completamente voluntarias y un estudiante nunca está obligado a someterse a una prueba de drogas. Sin embargo, rehusarse a tomar una prueba de drogas dará lugar a las mismas consecuencias que una prueba de drogas positivo.

- Los resultados de la prueba pueden ser revelados al estudiante, el padre/tutor, el Administrador de Prueba para las Escuelas del Distrito de Beaufort, el Oficial de Revisión Medica, el designado del Superintendente y el Principal de la escuela.

Fecha: _____, 20_____.

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre/Tutor

Firma del Estudiante

Firma del Padre/Tutor