

CONSENTIMIENTO PARA PROGRAMA DE EXAMEN DE DROGAS LISD
AÑO ESCOLAR 2017-2018

- Esta forma solo necesita completarse una vez y no se requiere si usted ya solicitó anteriormente la participación voluntaria en el programa de examen de drogas
- Una vez que su niño(a) forma parte del programa de examen de drogas, **él o ella permanecerá como participante hasta su graduación.**
- Para ser retirado del programa voluntario de examen de drogas usted debe notificar por escrito a la Coordinadora del Programa ADAPT Mary Ann Kluga a Maryann.kluga@leanderisd.org

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA: AMBOS PADRE Y ESTUDIANTE DEBEN FIRMAR ESTE FORMULARIO.

(Lea los lineamientos completos del Programa Voluntario de Test de Drogas de LISD en línea en www.leanderisd.org, Padres y Estudiante, Equipo de Prevención y Educación sobre Drogas y Alcohol - ADAPT).

I.

Nombre impreso del Estudiante

Número de Identificación Escolar del Estudiante

Escuela

Grado

II.

Firma de padre/guardián que autoriza: Yo doy fe que otorgo mi permiso para que mi niño(a) participe en el examen de drogas y **entiendo que esta autorización es válida hasta la graduación** o hasta que yo notifique ADAPT por escrito para retirar mi niño(a) del programa.

Nombre impreso (Padre/Guardián)

Firma del padre o guardián

III.

Participación en el programa: Marque en cual(es) de los programas quiere que su estudiante esté incluido.

- Programa voluntario al azar** – su niño(a) será incluido con todos los demás estudiantes de LISD que participan del programa y la selección del examen es al azar.
- Solicitud para el programa por padre o estudiante** – su niño(a) puede ser evaluado dos veces durante el año escolar por su solicitud **la próxima vez que la evaluación se realice en su campus** o usted quiere conservar esta forma archivada para exámenes futuros. ____ Marque aquí sus iniciales si quiere tener este formulario en archivo para uso futuro.

IV.

Razón para participación: ___ participación en Deportes/UII ___ Club Libre de Drogas ___ A solicitud de los padres

V.

Firma del estudiante: Estudiante, tiene usted 18 años o más? ___ Sí ___ No (Firmar de todas formas.)

Firma del Estudiante

Fecha

VI. **Dirección de correspondencia** (para enviar los resultados). **Por favor incluya la calle o PO Box #, Ciudad, & Código Postal**

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono de la casa: _____

Devuelva este formulario a la oficina de recepción de la escuela de su niño(a). por correo, fax, o escanear y enviar a: Mary Ann Kluga, Coordinadora del Equipo de Prevención y Educación sobre Drogas y Alcohol - ADAPT, LISD-Admin Building/ADAPT, P.O. Box 218, Leander, TX, 78646. Fax number: 512.570.1808 Email: maryann.kluga@leanderisd.org

VII. Para confirmar el recibo de esta autorización, por favor escriba aquí CON LETRA LEGIBLE su correo electrónico. ¡Muchas gracias!
