

VOLUNTARY STUDENT DRUG TESTING CONSENT AND RELEASE



Student's Name: _____

Campus: _____ Student's ID: _____

Date of Birth: _____ Grade: _____

Parents' Name: _____

Address: _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____

Email: _____

I give permission for my child, identified above, to participate in Keller ISD's voluntary student drug testing program described in Keller ISD's policy FNF(Local). The program is strictly voluntary and free of cost to students and families. The program serves as a deterrent to illegal drug use and assists the District in creating a drug-free educational environment.

I understand that participation in the program may require the disclosure of confidential health information (e.g. prescription and over-the-counter drug use) to the District and third parties, and I consent to the release of that information, and any other confidential information, to the extent necessary for implementation and execution of the program.

I understand that should my child test or effectively test positive at a drug test, I will receive information regarding outside resources for counseling and other available support. By signing this consent and release, I request information on outside resources for counseling and/or support if my child tests positive. By signing below, I acknowledge that Keller ISD does not explicitly support, endorse, or recommend any of the resources that have been or will be provided.

In consideration for the privilege and benefits of participating in the voluntary student drug testing program free of charge, I, individually and by next friend of the above named child, hereby **RELEASE, ACQUIT AND FOREVER DISCHARGE** the District, all of its employees, agents, trustees, and volunteers, in all capacities, of and from any and all charges, complaints, grievances, claims, demands, causes of action, damages, loss, or expenses, which may in any manner arise from or relate in any way to the voluntary drug testing program or the implementation of the program.

My signature below guarantees that I have read and understand this agreement and agree to its terms.

Parent's Signature

Student's Signature

Parent's Name (printed)

Date

Student's Name (printed)

Date

**PROGRAMA VOLUNTARIO DE
DETECCIÓN DE DROGAS
CONSENTIMIENTO Y
LIBERACIÓN DE
RESPONSABILIDAD**



Nombre del estudiante: _____	
Plantel escolar: _____	Número de ID del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____	Grado: _____
Nombre de los padres: _____	
Dirección: _____	
Teléfono de la casa: _____	Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____	

Doy permiso para que mi hijo/a, identificado arriba, participe en el programa voluntario de detección de drogas de Keller ISD descrito en la política FNF(LOCAL) de Keller ISD. El programa es estrictamente voluntario y gratuito a los estudiantes y a las familias. El programa sirve como método disuasivo para el uso de drogas ilegales y asiste al Distrito a crear un ambiente educativo libre de drogas.

Entiendo que la participación en el programa podría requerir la divulgación de información confidencial sobre la salud de mi hijo/a (por ejemplo: medicamentos con o sin recetas que esté utilizando) al Distrito y a terceras partes. Doy mi consentimiento para la divulgación de dicha información, y cualquier otra información confidencial, en la medida en que sea necesaria para la implementación y ejecución del programa.

Entiendo que en caso de que los resultados de las pruebas de droga de mi hijo/a resulten positivos, recibiré información sobre recursos externos para consejería y otras formas de apoyo que estén disponibles. Al firmar este permiso y exoneración de responsabilidad, estoy solicitando información de recursos externos para consejería y/o apoyo en caso de que las pruebas de mi hijo/a resulten ser positivas. Al firmar en la parte de abajo, entiendo que Keller ISD no recomienda, respalda o promociona de forma explícita cualquiera de los recursos que hayan sido o serán proporcionados.

Teniendo en cuenta los beneficios y el privilegio de participar en el programa voluntario y gratuito de detección de drogas para estudiantes, yo, individualmente y junto a mi hijo/a arriba mencionado, mediante la presente **ABSUELVO, EXONERO Y LIBERO POR SIEMPRE DE TODA CULPA** al Distrito, a todos sus empleados, agentes, a la junta de síndicos "trustees" y a los voluntarios, en todas las capacidades, de cualquiera y todos los cargos, quejas, reclamos, demandas, causas de acción, daños, pérdidas, o gastos que puedan surgir a causa de o estar vinculados de cualquier forma al programa voluntario de detección de drogas o a la implementación del programa.

Mi firma, en la parte de abajo, garantiza que he leído y entendido este acuerdo y estoy de acuerdo con sus términos.

Firma del padre o encargado

Firma del estudiante

Nombre del padre o encargado Fecha
(en letra de molde)

Nombre del estudiante Fecha
(en letra de molde)