



# CARROLL COUNTY SCHOOLS

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

## Carroll County School System

### Consent to Participation – Student Drug Testing

I understand that submission to testing for the presence of drugs and alcohol is a condition of participation in privileged activities in the Carroll County School System. I further understand that if I refuse to be tested, fail to report for the test, or if the test establishes a violation of the drug testing policy, I will be subject to the consequences as set forth by the drug testing policy.

By signing and dating this form, I consent to be randomly tested throughout the school year. The random testing will be done monthly throughout the school year. The selection process for random drug testing will be performed by a contracting body with the participating students being notified on the day they are to report for testing.

I hereby consent to the administration of drug test and to the conditions listed in this consent and the accompanying general prohibitions and procedures as outlined in Policy JCABB, JCABB-R (1) of the Carroll County School System Policy Manual.

I understand that unless my parent or guardian contacts the Drug Testing Administrator after the first year, and makes a formal request to remove by name and student ID number from the testing pool, my name will be automatically reentered into the testing pool each year.

Participating Student's Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian's Printed Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_



# 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: \_\_\_\_\_