



Wm. S. Hart Union High School District

Comprehensive Alcohol and Drug Reduction and Education (CADRE) Voluntary Random Drug Testing Enrollment Form

Thank you for enrolling in the CADRE program. To participate in the voluntary random drug testing program, this form must be completed and signed by the parent and/or guardian and returned to the registrar at the school site or sent to:

Wm. S. Hart UHSD
Attn: Student Service
21380 Centre Pointe Parkway
Santa Clarita, CA 91350

By signing below, you are certifying that you authorize the service provider to collect a urine specimen or alcohol panel from your child. The drug screen will be conducted in private and it will be provided free of charge. The results of the tests are confidential and will only be communicated to you IF the test is positive for substance use. The results will not be communicated to the school or any other party.

Student Full Name: _____

School of Attendance: _____

Student DOB: _____ Student ID #: _____

Current Grade: _____ Today's Date: _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Parent/Guardian Email Address: _____

Parent/Guardian Phone Numbers: _____

Participation in the Hart School District's Voluntary Random Drug Testing Program is strictly voluntary and is not required for student participation in District or School activities. It will be presumed by the District that Parents or Guardians NOT returning this form have elected that their child will NOT participate in the drug testing program.



WM. S. Hart unión secundaria distrito
Educación y Reducción de Alcohol y Drogas (CADRE)
Formulario de inscripción voluntaria para pruebas de drogas al azar

Gracias por inscribirse en el programa CADRE. Para participar en el programa voluntario de prueba de droga al azar, este formulario debe de ser completado y firmado por el padre y/o tutor y debe de ser devuelto al registrador de la escuela o enviarlo a:

WM. S. Hart UHSD
Attn: estudiante servicio
21380 Centre Pointe Parkway
Santa Clarita, CA 91350

Al firmar a continuación, usted está certificando que usted autoriza al proveedor de servicio recolectar un espécimen de orina o un panel de alcohol de su hijo. La prueba será conducida en privado y se proporcionará de forma gratuita. Los resultados de las prueba son confidenciales y solamente se le comunicarán si la prueba es positiva para el uso de sustancias. Los resultados no serán comunicados a la escuela o ninguna otra persona.

Nombre complete del Estudiante: _____

Escuela de Asistencia: _____

FDN del Estudiante: _____ # de ID del Estudiante: _____

Actual Grado: _____ Fecha de Hoy: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Correo Electrónico del Padre/Tutor: _____

Número Telefónico del Padre/tutor: _____

La Participación en el Programa Voluntario de Prueba de Droga al Azar del Distrito Escolar Hart es estrictamente voluntaria y no es necesaria para la participación de los estudiantes en las actividades de la Escuela o Distrito. El Distrito presume que los padres o tutores que no devuelvan este formulario han elegido que su hijo no participe en el programa de pruebas