

**School City of Whiting**  
**Random Drug Testing Consent Form**

**All Enrolled Students Must Have a Consent Form on File**

I have received a copy and have read/understand the "School City of Whiting Extracurricular Activities Student Random Drug Testing Policy." I desire that \_\_\_\_\_ participate in this program, and in the extracurricular program of School City of Whiting, and hereby, voluntarily agree to be subject to its terms for the upcoming school year. I accept the method of obtaining urine specimens, testing, and analyses of such specimen, and all other aspects of the program. I agree to cooperate in furnishing urine specimens that may be required from time to time.

I further agree and consent to the disclosure of the sampling, testing, and results provided for this program. This consent is given pursuant to all State and Federal Privacy Statutes, and is a waiver of rights to nondisclosure of such test records and results only to the extent of the disclosures in the program.

*I understand that by signing this form I will be in the School City of Whiting Drug Testing Pool for the duration of my enrollment at The School City of Whiting.*

Date: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

---

I, \_\_\_\_\_, have decided **NOT** to participate in any extracurricular activities sponsored by The School City of Whiting. In order for me to participate in any extracurricular activity program at a later date, I understand that I will be required to sign the above Consent Form and enter the random drug testing candidate pool for the duration of my enrollment at The School City of Whiting.

Date: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Student Signature

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

**School City of Whiting**  
**Forma de Consentimiento de Actividades Extraescolares**

**Todos los Estudiantes Inscritos Deben Tener Una Forma Archivada**

Yo e recibido una copia y e leído/comprendido la "Póliza de Pruebas de Drogas al Azar Para Actividades Extraescolares del Distrito Escolar de Whiting." Yo deseo que \_\_\_\_\_ participe en este programa, y el programa extraescolar del distrito escolar, y por la presente, voluntariamente acepto ser sujeto a sus términos para el próximo año. Acepto el método de obtener muestras de orina, pruebas y análisis de dichas muestras, y todos los demás aspectos del programa. Estoy de acuerdo en cooperar en el suministro de muestras de orina que pueden ser requeridas de vez en cuando.

Además, doy mi consentimiento para que las muestras, exámenes, y resultados sean divulgados a quien corresponda según el programa. Este consentimiento es dado en conformidad con todos los Estatutos de Privacidad del Estado y Nacionales, y es una renuncia de los derechos de no divulgar records o resultados de tales exámenes solo al grado de divulgar para este programa.

*Comprendo que al firmar este formulario formare parte de la Lista del Distrito Escolar de Whiting por el resto del tiempo en el cual este inscrito/matriculado en una escuela del Distrito Escolar de Whiting.*

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre O Tutor Legal

Yo, \_\_\_\_\_, e decidido NO participar en cualquier actividad extraescolar patrocinada por el Distrito Escolar de Whiting. A fin de participar en cualquier programa extraescolar en el future, comprendo que es obligatorio firmar el acuerdo de arriba y entrar a la lista de candidatos para los exámenes de drogas para el resto de mis días como estudiante en una escuela de Whiting.

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre O Tutor Legal