



Redlands Unified School District 2017-2018 School Year Voluntary Student Drug Testing Program Registration

YES

I would like to enroll my student in _____ School's **free, non-punitive, and confidential** Voluntary Drug Testing Program. I hereby authorize ARCpoint Drug Labs to collect urine specimens from my student for testing and to notify me of the results using one of the methods I have listed below.

I understand that this service will be provided by the Redlands Unified School District at no charge.

Additional information regarding the random testing program can be found within the summer registration packet and/or on the District website at www.redlands.k12.ca.us under *RUSD Divisions, Education Services*. Click on the *Education Services* link, then go to *Student Services*. The drug testing link can be found under the *Student Services: "High School & Middle School Voluntary Drug Testing Program"*. You can also enroll your student directly on the ARCpoint website at www.testmystudent.com.

If you have any questions about the testing process that are not answered on the District website, feel free to contact:

ARCpoint Drug Testing
9300 Santa Anita Avenue, Suite 104
Rancho Cucamonga, CA 91730
909-481-3355

(Parent and student signatures below indicate that we have read and agree to the terms listed.)

NO

Thank you, I do not wish to enroll my student in _____ School's **free, non-punitive, and confidential** Voluntary Drug Testing Program at this time.

I understand I can enroll my student at any time by resubmitting this form or going to www.testmystudent.com

Student Name

Student Signature

Grade

Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Primary Phone Number: _____

Password: _____

(To protect your privacy, we will ask for your password before discussing results over the phone. Make the password something you can remember!)

Method of Receiving Results: *(Please Select Your Preferred Method of Test Result Delivery and Please Print Legibly)*

By Email Parent/Guardian Email Address: _____

By U.S. Mail. Home Address: _____

**Please return this form with your student's registration packet and/or to the main office reception desk.
Thank you.**



Distrito Escolar Unificado de Redlands

Año Escolar 2017-2018

Registro para el Programa Voluntario de Examen de Drogas para el Estudiante

SÍ

Me gustaría inscribir a mi estudiante de la Escuela _____ para el Programa Voluntario de exámenes de Drogas gratuito para las escuelas, sin castigo y confidencial. Yo por lo tanto, autorizo a los Laboratorios de Drogas ARCpoint a recabar especímenes de orina de mi estudiante para los exámenes y para notificarme de los resultados usando uno de los métodos que se mencionarán más adelante.

Entiendo que este servicio será proporcionado por el Distrito Escolar Unificado de Redlands sin costo alguno.

Puede encontrar información adicional, concerniente con el programa aleatorio de exámenes, en el paquete de registración que recibe en verano y/o en el sitio de la red del Distrito en www.redlands.k12.ca.us bajo *RUSD Divisions, Education Services*. Haga click en: *Education Services*, luego vaya a *Student Services*. El enlace de Examen de Drogas puede ser encontrado bajo *Student Services: "Programa Voluntario de Examen de Drogas para Escuelas Preparatorias & Secundarias"*. Usted también puede inscribir a su estudiante directamente en el sitio de la red de ARCpoint en www.testmystudent.com.

Si tiene alguna pregunta acerca del proceso de la prueba que no se respondió en el sitio de la red del Distrito, contáctese con:

ARCpoint Drug Testing
9300 Santa Anita Avenue, Suite 104
Rancho Cucamonga, CA 91730
909-481-3355

(Las firmas de los padres de familia y estudiantes indican que han leído y entendido los términos antes mencionados.)

NO

Gracias, no deseo inscribir a mi estudiante de la Escuela _____ en el Programa Voluntario de Exámenes de Drogas gratuito, sin castigo, y confidencial en este momento.

Entiendo que puedo inscribir a mi estudiante en cualquier momento enviando esta forma o ingresando al sitio www.testmystudent.com

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Grado

Nombre del Padre//Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Por Teléfono Número de Tel. del Padre/Tutor: _____ Palabra Clave: _____
(Para proteger su privacidad, le pediremos la palabra clave antes de discutir los Resultados por teléfono. Asegúrese que la palabra clave sea algo fácil de recordar)

Método para Recibir los Resultados: *(Por favor seleccione su método preferido para entregar el resultado y por favor escriba de forma legible)*

Por Correo Electrónico Dirección electrónica del Padre/
Tutor: _____

Por Correo. Dirección de
Casa: _____

Por favor regrese esta forma con el paquete de registro de su estudianto y/o en la recepción de la oficina. Gracias.