

**ESCUELAS DEL CONDADO DE BEAUFORT  
FORMULARIO RETIRO DE PERMISO DE LAS PRUEBAS DE DROGAS**

*(Firme y regrese este formulario solamente si usted desea excluir a su hijo, en los grados 7-12, de las actividades privilegiadas y del programa de pruebas de drogas.)*

Por la presente retiro el permiso para \_\_\_\_\_ (estudiante) a participar en el programa de prueba de drogas al azar de las Escuelas del Condado de Beaufort. Entiendo, que una vez sea sometida este formulario, el estudiante no será elegible para participar en actividades deportivas inter-escolares u otras actividades extracurriculares voluntarias, o tiene privilegios de estacionamiento en el plantel, por un periodo de 365 días laborables a partir de la fecha en este formulario.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Oficial de la Escuela

\_\_\_\_\_  
Firma del Oficial de la Escuela