

**School Messenger**  
I want to be notified by Text Message  
and will accept the charges.  

---

**(Text Message Address)**



# Poughkeepsie City School District Emergency Card

**School Messenger**  
I want to be notified by E-mail.  

---

**(E-mail Address)**

Student Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_  
*Last First*

Home Address \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Located at \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
during school hours

Cell Phone \_\_\_\_\_

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Located at \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
during school hours

Cell Phone \_\_\_\_\_

Step-Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**1. IN THE EVENT OF EARLY DISMISSAL, ILLNESS OR INJURY, THE STUDENT MAY RELEASED TO THE CUSTODY OF:**

*(Relative, Neighbor, Friend)* \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

OR *(Relative, Neighbor, Friend)* \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

2. Family Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

3. Family Dentist \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

4. Hospital \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

5. Allergies \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

6. Date of last tetanus shot \_\_\_\_\_

7. Medication being taken \_\_\_\_\_

8. Special health considerations *(visual, hearing, speech problems, etc.)* \_\_\_\_\_

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

**Mensajero Escolar**  
Deseo que se me notifique por Mensaje  
de texto celular y aceptaré los cargos.  

---

*el número de mensaje de texto*



# Distrito Escolar de la Ciudad de Poughkeepsie Tarjeta Para Emergencias

**Mensajero Escolar**  
Deseo que se me notifique por E-mail.  

---

*dirección de email*

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
*Apellido Nombre*

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Ubicar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
durante horas de escuela

Celular \_\_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Ubicar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
durante horas de escuela

Celular \_\_\_\_\_

Padrastra/Madrastra o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**1. EN CASO DE DESPIDO TEMPRANO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EL ESTUDIANTE PUEDE SER COMUNICADO A LA CUSTODIA DE:**

*(Pariente, Vecino, Amigo)* \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

OR *(Pariente, Vecino, Amigo)* \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

2. Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

3. Dentista de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

4. Hospital \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

5. Alergias \_\_\_\_\_

6. Fecha de última vacuna contra el tétano \_\_\_\_\_

7. Medicinas que toma \_\_\_\_\_

8. Consideraciones especiales de salud *(visión, oído, problemas del habla, etc.)* \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Consent to Medical Treatment

I, \_\_\_\_\_ parent/legal guardian of \_\_\_\_\_, who is an enrolled student in the City of Poughkeepsie School District, in order to assure that my child will receive adequate medical attention, hereby give my consent, in the event that all reasonable attempts to contact me at the telephone number(s) provided have been unsuccessful, for the school principal or his/her designee, or in his/her absence the school nurse, or in both their absences a teacher, or the coach of an athletic team, to authorize emergency medical and/or hospital personnel to provide emergency and/or non-emergency treatment to my child if injured during a school sponsored event in which he/she participated. Such authorization includes the consent to: contact the family physician(s) at the number(s) provided, any x-ray examination, anesthetic, diagnostic test, blood transfusion, medical or surgical treatment and hospital care to be rendered to my child under the general or special supervision and on the advice of any physician or surgeon licensed to practice in the State of New York.

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

## Acceptable Use Policy Agreement

### Student Consent

I, the undersigned, have read and agree to the terms and conditions set forth in the Acceptable Use Policy which is based on the Telecommunication Use Regulation 4526-R and the Telecommunication Use Policy 4526. I further understand that any violation of the regulations may constitute a violation. Should I commit a violation, my access privileges may be revoked, school disciplinary action and/or the appropriate legal action may be taken.

Student Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Parent Consent

I, the parent/legal guardian of the above, understand the contents of this document and agree to be bound by its terms and conditions.

Parent Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Parent Refusal

I, the parent/legal guardian of the above, understand the contents of this document and DO NOT give consent for my son/daughter to access the Internet at this time. I understand my son/daughter may be negatively affected in classrooms where the Internet has been integrated into the instructional program. I understand that I may change this decision on Internet Access for my child at any time.

Parent Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## NCLB Release of Information (FOR HIGH SCHOOL STUDENTS ONLY)

Pursuant to the No Child Left Behind Act, the Poughkeepsie City School District must disclose to military recruiters and institutions of higher learning, upon request, the names, address and telephone numbers of high school students. The district must also notify parents/guardians of their rights and the rights of their child to request that the district not release such information without prior written permission.

Therefore, if you, as a parent/guardian of a high school student, wish to exercise your option to withhold your consent to the release of the above information to military recruiters and institutions of higher learning, you must sign, below.

I, the parent/guardian of \_\_\_\_\_, a student at the Poughkeepsie High School do not consent to the release of the name, address and telephone number of such student to military recruiters and institutions of higher learning.

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

## Consentimiento para Atención Médica

Yo, \_\_\_\_\_, padre/guardián legal de \_\_\_\_\_, que está inscrito en el distrito escolar de la ciudad de Poughkeepsie, para asegurarme de que mi hijo reciba la atención médica adecuada, por el presente doy mi consentimiento para que, en caso de que hayan fallado todos los intentos razonables de ubicarme en los teléfonos que he dado, el director de la escuela o su encargado o, en su ausencia, la enfermera de la escuela o, en ausencia de ambos, un profesor o el entrenador del equipo de atletismo, autorice al personal de emergencia médico o hospitalario dar atención, de emergencia o no, a mi hijo si tiene un accidente durante su participación en un evento auspiciado por la escuela. Tal autorización incluye mi consentimiento para: ubicar a los médicos de la familia a los teléfonos dados, todo examen de rayos equis, anestésicos, examen para diagnóstico, transfusión, tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se de a mi hijo bajo la supervisión, general o especial, y recomendación de todo médico o cirujano con licencia para ejercer en el estado de Nueva York.

Firma del Padre/Guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Conformidad con las Reglas de Uso Aceptable

### Consentimiento del Estudiante

Yo, el infrascrito, he leído y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas de las Reglas de Uso Aceptable, que se basan en el reglamento 4512-R sobre el uso de telecomunicaciones y la regla 4512 sobre el uso de telecomunicaciones. También entiendo que el desobedecer los reglamentos constituye una infracción. De cometer una infracción, se anularían mis privilegios de acceso y se ejercerían medidas disciplinarias de la escuela y/o la acción legal adecuada.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Consentimiento del Padre

Yo, el Padre/Guardián legal del anterior firmante, entiendo el contenido de este documento y estoy de acuerdo en regirme por estas condiciones.

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Rechazo del Padre

Yo, el Padre/Guardián legal del anterior firmante, entiendo el contenido de este documento pero NO DOY mi consentimiento para que mi hijo tenga acceso al Internet en esta oportunidad. Entiendo que a mi hijo pueden afectarle los salones donde la Internet se ha integrado al programa de instrucción.

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Divulgación de Información Conforme a la ley de NCLB (SOLÓ PARA ESTUDIANTES DE SECUNDARIA)

De conformidad con la ley No Child Left Behind, el distrito escolar de la ciudad de Poughkeepsie debe revelar los nombres, direcciones y teléfonos de los estudiantes de secundaria a los reclutadores militares e instituciones de educación superior que así lo requieran. A la vez, el distrito debe notificar a los padres o guardianes de su derecho, y el derecho de sus hijos, de solicitar que el distrito no revele tal información sin autorización previa y por escrito.

Por la tanto, si usted, como padre o Guardián de un estudiante de secundaria, desea tomar la opción de no dar su consentimiento para que se revele la información anterior a reclutadores militares e instituciones de educación superior, debe firmar a continuación.

Yo, el Padre/Guardián legal de \_\_\_\_\_, que es estudiante de la escuela secundaria de Poughkeepsie, no consiento que se revele el nombre, la dirección y el teléfono de este estudiante a reclutadores militares e instituciones de educación superior.

Firma del Padre/Guardián legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_