

Por favor actualiza a informação do estudante no www.bostonpublicschools.org/contact

Se isso não for possível, por favor preencha este formulário completamente. Os FORMULÁRIOS e LIBERAÇÕES nestas páginas são DOCUMENTOS LEGAIS. Pais e alunos devem preencher e assinar cada seção conforme necessário, remover o formulário deste livrete e devolver o inteiro formulário de quatro páginas para a escola até a sexta-feira, 30 de setembro de 2020. Por favor, NÃO separe as páginas.

ALUNOS DO ENSINO SECUNDÁRIO: se você não quer que seu nome seja liberado aos recrutadores militares e / ou universitários, você deve marcar e assinar o comunicado na próxima página. Seus pais não precisam assinar esta seção.

Obrigado!

Nome do estudante _____ Data de nascimento _____

Nome da escola _____ Série _____ Sala de chamada _____

Endereço _____ Apt. # _____ Código Postal _____

Nome dos pais/responsáveis _____ Data de nascimento _____

De Telefone: de casa _____ Celular _____ Trabalho _____

E-mail _____

Língua principal falada em casa _____

Nome dos pais/responsáveis _____ Data de nascimento _____

De Telefone: de casa _____ Celular _____ Trabalho _____

E-mail _____

Língua principal falada em casa _____

Se não podemos entrar em contacto com os pais/encarregados durante uma emergência ou em caso de doença por favor indica dois adultos responsáveis que podemos contactar:

Nome _____ # de Tel. (Durante o dia ou celular) _____

Nome _____ # de Tel. (Durante o dia ou celular) _____

Existe outro problema da qual a escola deveria saber? Se sim, explique: _____

- 1 Revisamos o Guia das Escolas Publicas de Boston on-line para Famílias e Estudantes (bostonpublicschools.org/familyguide) e as regras da escola que meu filho frequenta.
- 2 Entendemos que o Guia contém informações importantes sobre a parceria entre casa-escola, a Política de Promoção, a frequência escolar, o Código de Conduta, o requisito de residência em Boston, a política do uso da Internet, leis de discriminação, registro de alunos, cuidados e retorno de livros didáticos e livros da biblioteca, e outras regras da escola e políticas.
- 3 Entendemos que o Conselho Escolar da escola aprovou as regras escolares e que os estudantes que eles violam estas regras podem perder certos privilégios.
- 4 Concordamos em trabalhar com a equipe da escola para garantir que meu filho frequente a escola todos os dias (exceto as faltas justificadas) e que completa o dever de casa.
- 5 Lemos o resumo do Código de Conduta nas páginas 9-11 deste livrete. Discutimos o Código de conduta. Concordamos trabalhar com a equipe da escola para garantir que meu filho siga o Código de Conduta.

Assinatura dos pais _____ Data _____

Assinatura do estudante _____ Data _____

Famílias de militares

- Assinalar se esse aluno é (1) filho de um membro ativo de órgãos oficiais do Estado, Guarda ou Reserva Nacional na ativa, ou (2) filho de membros ou de veteranos que estão afastados ou aposentados por razões médicas.

Liberação de Informações para recrutadores militares e de ensino superior

Os distritos das escolas públicas devem liberar nomes, endereços e números telefônicos dos ALUNOS DA ESCOLA SECUNDÁRIA (ENSINO MÉDIO) para recrutadores militares norte-americanos e para recrutadores de ensino superior. O aluno OU os pais têm o direito de solicitar por escrito que estas informações NÃO sejam liberadas. Se você NÃO quiser que estas informações sejam liberadas, por favor, marque uma, ou ambas as caixas e assine embaixo:

- NÃO libere informações sobre meu filho para RECRUTADORES MILITARES.
- NÃO libere informações sobre meu filho para RECRUTADORES DE ENSINO SUPERIOR.

Assinatura _____ Data _____

Pais OU aluno (14 anos ou mais)

Liberação de informações para escola charter

Como exigido pela Lei de Reforma da Educação de Massachusetts, os distritos escolares públicos devem fornecer às escolas charter os nomes e endereços de seus alunos para fins de recrutamento. Se você NÃO quiser que estas informações sejam divulgadas, marque a caixa abaixo e assine:

- NÃO libere informações para ESCOLAS CHARTER.

Assinatura _____ Data _____

Pais OU aluno (18 anos ou mais)

Liberação de Informações do diretório estudantil

O distrito pode liberar "informações do diretório" dos alunos sem um consentimento escrito, a menos que você tenha indicado, marcando na caixa abaixo, que você não quer que a informação seja divulgada. As informações do diretório são informações que geralmente não são consideradas prejudiciais ou invasão de privacidade, se liberadas. Seu objetivo principal é permitir que o distrito inclua este tipo de informação em publicações escolares específicas, tais como um anuário, boletim informativo, cartaz, ou livro de honra. As informações do diretório incluem o seguinte: nome do aluno, idade, número único de identificação estudantil do estado, bairro em que reside, classe ou série, data da matrícula, participação em atividades oficialmente reconhecidas, participação em equipes esportivas, séries, honras e prêmios, e planos para curso superior.

A menos que você indique o contrário, o distrito poderá divulgar informações do diretório sob circunstâncias limitadas. O distrito se reserva o direito de reter qualquer informação se acreditar que seja no melhor interesse dos nossos alunos. No entanto, o distrito divulgará as informações exigidas por lei.

Marque na caixa abaixo caso não queira que o distrito libere suas informações do diretório de alunos.

- Eu NÃO autorizo a liberação das informações do diretório relativas a meu filho. Ao selecionar esta opção, eu entendo que o nome do meu filho e/ou fotografia não serão incluídos no livro anual, boletins, programas, e outras publicações do distritos ou escolares; e as informações de diretório NÃO serão liberadas para as organizações parceiras provedoras de serviços aos estudantes.

Assinatura _____ Data _____

Pais OU aluno (18 anos ou mais)

Presença na mídia

- Eu autorizo as Escolas Públicas de Boston a gravarem, filmarem, fotografarem, entrevistarem e/ou exibirem publicamente, distribuírem ou publicarem em versão impressa e por meio eletrônico o nome do meu filho, ou da minha filha, aparência, menções ou trabalho deles durante o ano escolar de 2020-2020, seja para os funcionários da escola, alunos ou qualquer pessoa fora da escola, incluindo a mídia. Eu concordo que as Escolas Públicas de Boston talvez usem ou permitam a outros o uso desses trabalhos sem limite ou remuneração. Eu libero os funcionários da escola do meu filho e das Escolas Públicas de Boston de reclamações de qualquer natureza que surjam por motivo da aparição ou participação do meu filho nesses trabalhos.
- EU NÃO autorizo que o nome de meu filho/filha, aparência, menções e trabalhos apareçam na mídia, como descrito acima.

Assinatura _____

Data _____

Pais OU aluno (18 anos ou mais)

Políticas de Acesso à tecnologia, incluindo a Internet

- Como pai ou encarregado deste estudante, eu já li a Política Aceitável de Uso da tecnologia e internet na página 4 deste livrete e eu já falei disto com o meu filho. Entendo que as Escolas Públicas de Boston fornecem acesso a computadores para fins educacionais, de acordo com os objetivos acadêmicos de BPS, e que o uso do computador pelo aluno para qualquer outro fim é inapropriado. Reconheço que é impossível que BPS restrinja o acesso a todos os materiais controverso, e não responsabilizo a escola por materiais adquiridos na rede escolar. Entendo que as atividades de computador que as crianças fazem em casa devem ser supervisionadas, pois podem afetar o ambiente acadêmico na escola. Eu dou permissão para meu filho usar recursos como o computador, nas Escolas Públicas de Boston.
- EU NÃO dou permissão para meu filho usar recursos como o computador, incluindo o aplicativo Google for Education, nas Escolas Públicas de Boston.

Assinatura dos pais _____

Data _____

ALUNOS DEVEM ASSINAR ABAIXO A DECLARAÇÃO SOBRE O USO DA TECNOLOGIA:

Como um aluno das Escolas Públicas de Boston, entendo que a utilização da rede escolar e e-mail é um privilégio, e não um direito. Eu entendo que a rede escolar da minha escola e as contas de e-mail são de propriedade de BPS e não particulares. As BPS têm o direito de acessar as minhas informações a qualquer momento. Eu entendo que os administradores de BPS decidirão quais condutas são inadequadas para uso, caso tal comportamento já não tenha sido especificado no presente acordo. Usarei a tecnologia de uma forma que respeite as leis dos Estados Unidos e da Commonwealth de Massachusetts. Eu compreendo que tenho que notificar imediatamente adulto, se encontrar material que viole o uso adequado.

Eu entendo e cumprirei a Política de Uso Aceitável na página 4 deste livrete. Usarei os recursos tecnológicos de BPS de forma produtiva e responsável para fins escolares. Eu não vou usar nenhum recurso tecnológico de uma forma que iria interromper as atividades de outros usuários. Entendo que as consequências de minhas ações podem incluir a possível perda de privilégios de usar tecnologia e/ou ação disciplinar da escola, conforme estabelecido no Código de Conduta e/ou processo judiciais sob as leis estaduais e federais.

Assinatura do Aluno (maior de 5 anos) _____

Data _____

Boston Saves

Boston Saves é um programa administrado pela Cidade de Boston (EDIC) para ajudar as famílias de BPS a economizar para o futuro de seus filhos, oferecendo a cada aluno uma conta de poupança que inclui um depósito inicial de \$50 que pode ser usado pelo treinamento profissional e ou ensino superior. A participação no programa permite que as famílias ganhem incentivos monetários adicionais por economizar numa conta designada. Aprenda mais e verifique a elegibilidade no bostonsavesca.org.

Se você consentir em participar no Boston Saves, você concorda em permitir que BPS compartilhe os seguintes dados com o pessoal do programa: o nome do aluno, o número de identificação do aluno (SASID), a escola e o seu grau.

- Sim, eu consinto em participar.
- Não, não quero participar.

Rastreios de Saúde

Como parte do histórico escolar de saúde do estudante, as Escolas Públicas de Boston (BPS) faz um rastreio-estadual mandatário. Os alunos são avaliados quanto à altura, peso, postura, visão e audição periodicamente do K1 ao 10º ano. Marque a caixa abaixo e assinse se você NÃO permite BPS a fazer esta análise no seu filho.

- Eu NÃO dou permissão para as Escolas Públicas de Boston tomarem à altura, peso, postura, e examinarem a visão e a audição de meu filho.

Assinatura _____

Data _____

Desde 2017, todos os distritos escolares de Massachusetts foram obrigados a incluir um exame preventivo de uso de substâncias para os estudantes das séries 7 e 10. A ferramenta de triagem é chamada Triagem, Intervenção Breve e Encaminhamento ao Tratamento (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SBIRT). O protocolo SBIRT facilita uma conversa cara-a-cara entre cada aluno e a enfermeira da escola ou conselheiro, num esforço para evitar ou pelo menos atrasar o começo do uso de substâncias nocivas, como o álcool ou a maconha. Este programa concentra-se em reforçar decisões saudáveis e abordar comportamentos relacionados ao uso de substâncias com o objetivo de melhorar a saúde, segurança e sucesso na escola. Marque a caixa abaixo e assinse se você NÃO permite BPS a fazer este exame no seu filho.

- Eu NÃO dou permissão para as Escolas Públicas de Boston fazerem uma análise de substância no meu filho (SBIRT).

Assinatura _____

Data _____

Importante Informação Médica

Eu entendo as regras que a escola seguirá se meu filho precisar de tratamento médico e / ou medicação na escola. Entendo ser extremamente importante para a escola poder se comunicar comigo em caso de emergência médica.

Se a atenção médica de emergência é necessária e não podemos entrar em contato com você, você autoriza o funcionário da escola a procurar tratamento médico? SIM NÃO

Provedor de Seguro: BCBS Tufts HPHC Medicaid Mass Health Outro

Número da Apólice _____

Nome do Médico(a) _____ Tel. # _____

Hospital/Centro de Saúde onde você leva a sua criança se ela está doente:

Endereço _____ Tel. # _____

O seu filho tem algum problema de saúde do qual a enfermeira da escola deveria estar ciente? Assinale a sua resposta com um círculo: ASMA, DIABETES, CONVULSÕES, ANEMIA FALCIFORME (TRAÇO / DOENÇA) ALERGIA QUE AMEAÇA A VIDA, ALIMENTAÇÃO ATRAVES DO G-TUBE, ANSIEDADE, DEPRESSÃO. Por favor descreva qualquer outro: _____

Seu filho toma medicamentos todos os dias? SIM NÃO If SIM, please state below.

Seu filho toma medicamentos? "conforme necessário" em casa ou na escola? SIM NÃO Se sim, por favor indique abaixo.

Todos os alunos que tomam qualquer tipo de medicamentos na escola devem apresentar uma receita do doutor com a assinatura dos pais/ encarregados de educação e o medicamento deve estar no recipiente da farmácia rotulado e entregue à enfermeira da escola.

Nome do medicamento(s) _____ hora(s) que deve ser tomado: _____

Alergias: Comida _____ Medicamentos _____ Látex _____ Picada de abelha _____

Tem problema com a visão? SIM NÃO usa óculos a todos os momentos ¼ Parte do tempo para que actividades?

Tem problemas de audição? SIM NÃO usa aparelho auditivo: SIM NÃO

Seu filho(a) teve alguma cirurgia, doença, ou ferimento no ano passado? Se sim, por favor descreva: _____

A criança foi diagnosticada com um ferimento na cabeça ou concussão no último ano? Se assim for, por favor descreva: _____

Assinatura _____

Data _____