

Veuillez mettre à jour les données de l'élève sur www.bostonpublicschools.org/contact.

Si ça n'est pas possible, veuillez remplir entièrement ce formulaire. Les FORMULAIRES et les DÉCHARGES sur ces pages sont des DOCUMENTS JURIDIQUES. Les parents et les élèves doivent remplir et signer chaque section comme prévu, retirer le formulaire de ce livret et en renvoyer les quatre pages à l'école au plus tard le VENDREDI 30 SEPTEMBRE 2020. NE SÉPAREZ PAS les pages.

LYCEENS (ELEVES D'ECOLE SECONDAIRE): Si vous ne voulez pas que votre nom soit divulgué aux recruteurs du militaire et/ou des universités, il faut que vous marquiez et signiez l'autorisation écrite sur la page suivante. Votre parent n'a pas besoin de signer cette section.

Nous vous remercions !

Nom de l'élève _____ Date de naissance _____

Nom de l'établissement scolaire _____ Classe _____ Classe d'attache _____

Adresse _____ Apt. # _____ Code postal _____

Nom du parent/tuteur légal _____ Date de naissance du parent/tuteur légal _____

Téléphone : Domicile _____ Portable _____ Travail _____

E-mail _____

La langue principale parlée à la maison _____

Nom du parent/tuteur légal _____ Date de naissance du parent/tuteur légal _____

Téléphone : Domicile _____ Portable _____ Travail _____

E-mail _____

La langue principale parlée à la maison _____

Si un parent ne peut pas être joint en cas d'urgence ou en cas de maladie, veuillez indiquer deux adultes responsables à contacter :

Nom _____ Tél. # (jour ou portable) _____

Nom _____ Tél. # (jour ou portable) _____

Y a-t-il d'autres sujets que l'école devrait connaître ? Si tel est le cas, veuillez expliquer : _____

- 1 Nous avons lu en ligne le Guide de Boston Public Schools pour les familles et les élèves (bostonpublicschools.org/familyguide) et le règlement de l'école dans laquelle mon enfant est inscrit.
- 2 Nous comprenons que le guide contient des informations importantes au sujet du partenariat domicile-école, des critères de passage dans la classe supérieure, de la présence à l'école, du code de conduite, de l'obligation de résider à Boston, de la politique en matière d'utilisation d'Internet par les élèves, des lois sur les discriminations, des dossiers des élèves, du soin et de la restitution des manuels scolaires et livres de la bibliothèque, ainsi que d'autres règles et politiques.
- 3 Nous comprenons que le conseil d'école a approuvé le règlement de l'école, et que les élèves qui ne le respectent pas peuvent perdre certains privilèges.
- 4 Nous nous engageons à travailler avec le personnel de l'école afin de veiller à ce que notre enfant soit présent chaque jour à l'école (sauf absence excusée) et fasse ses devoirs.
- 5 Nous avons lu le résumé du code de conduite et du règlement de l'école aux pages 9-11 de ce livret. Nous avons discuté du code de conduite. Nous acceptons de collaborer avec le personnel de l'école afin de veiller à ce que notre enfant respecte le code de conduite.

Signature des parents _____ Date _____

Signature de l'élève _____ Date _____

Familles militaires

- Veuillez cocher cette case si les parents de l'élève sont (1) des membres actifs et en fonction des services en uniforme, de la garde nationale ou de la réserve nationale en service actif, ou (2) des membres ou vétérans qui sont déchargés pour raison médicale ou retraités.

Diffusion d'informations aux recruteurs militaires ou de l'enseignement supérieur

Les districts scolaires publics doivent communiquer les noms, adresses et numéros de téléphone des élèves du SECONDAIRE (LYCEE) aux recruteurs de l'armée des États-Unis et de l'enseignement supérieur. L'élève OU le parent ont le droit de demander par écrit à ce que ces informations ne soient PAS communiquées. Si vous NE souhaitez PAS que ces informations soient communiquées, veuillez cocher une case ou les deux cases et signer ci-dessous :

- NE PAS communiquer d'informations aux RECRUTEURS MILITAIRES.
- NE PAS communiquer d'informations aux RECRUTEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Signature _____ Date _____
 Parent OU élève (âgé d'au moins 14 ans)

Communication d'informations aux écoles sous contrat

Comme l'exige la loi sur la réforme de l'éducation du Massachusetts, les districts scolaires publics doivent donner aux écoles sous contrat les noms et adresses de leurs élèves à des fins de recrutement. Si vous NE souhaitez PAS que ces informations soient communiquées, veuillez cocher la case et signer ci-dessous :

- NE PAS communiquer d'informations aux ÉCOLES SOUS CONTRAT.

Signature _____ Date _____
 Parent OU élève (âgé d'au moins 18 ans)

Communication d'informations du registre des élèves

Le district peut communiquer les « informations du registre » des élèves sans leur consentement par écrit, sauf si vous avez indiqué en cochant la case ci-dessous que vous vous opposez à la diffusion de ces informations. Les informations du registre sont des informations dont la diffusion n'est pas généralement considérée comme néfaste ou susceptible de porter atteinte à la vie privée. Leur objectif principal est de permettre au district d'inclure ce type d'informations dans certaines publications scolaires, par exemple l'annuaire, le bulletin d'information, le programme d'activités ou le tableau d'honneur. Les informations du registre incluent ce qui suit : le nom de l'élève, son âge, son numéro d'étudiant de l'État, son quartier de résidence, sa classe, sa date d'inscription, sa participation à des activités officiellement reconnues, son appartenance à des équipes sportives, ses diplômes, ses mentions et ses récompenses, ainsi que ses projets après le lycée.

Sauf si vous vous y opposez, le district peut diffuser les informations du registre dans certaines circonstances limitées. Le district se réserve le droit de dissimuler des informations s'il considère que cela est dans l'intérêt de nos élèves. Le district divulguera toutefois les informations requises par la loi.

Veuillez cocher la case ci-dessous si vous ne souhaitez pas que le district communique les informations du registre qui concernent votre enfant.

- Je M'OPPOSE à la diffusion des informations du registre concernant mon enfant. En cochant cette case, je comprends que le nom ou la photographie de mon enfant NE seront PAS inclus dans l'annuaire, les bulletins d'information, les programmes et autres publications du district et de l'école, et les informations du registre NE seront PAS diffusées aux organisations partenaires qui peuvent proposer des services aux élèves.

Signature _____ Date _____
 Parent OU élève (âgé d'au moins 18 ans)

Apparition dans les médias

- J'autorise Boston Public Schools à enregistrer, filmer, photographier, interroger ou montrer publiquement, distribuer ou publier sur support imprimé ou électronique le nom de mon fils ou de ma fille, son image, sa voix enregistrée et ses travaux au cours de l'année scolaire 2020-2020, que ce soit par le personnel de l'école, les élèves ou toute personne extérieure à l'école, y compris les médias. Je conviens que Boston Public Schools peut utiliser ces travaux ou permettre à des tiers de les utiliser sans limitations ni contrepartie. J'exclus la responsabilité du personnel de l'école de mon enfant et de Boston Public Schools pour toute réclamation liée à l'apparition de mon enfant ou à sa participation dans de tels travaux.
- JE N'AUTORISE PAS l'apparition du nom, de l'image, de la voix enregistrée ou des travaux de mon fils ou de ma fille dans les médias comme indiqué ci-dessus.

Signature _____ Date _____

Parent OU élève (âgé d'au moins 18 ans)

Politique d'usage acceptable de l'informatique, y compris d'Internet

- En tant que parent ou tuteur de l'élève, j'ai lu la politique d'usage acceptable à la page 4 de ce livret et j'en ai discuté avec mon enfant. Je comprends que l'accès aux ordinateurs est fourni par Boston Public Schools pour des motifs didactiques correspondant aux objectifs scolaires de BPS, et que leur utilisation par l'élève pour tout autre motif est inappropriée. Je reconnais qu'il est impossible pour BPS de restreindre l'accès à tous les contenus controversés, et j'exclus la responsabilité de l'école pour les contenus acquis sur le réseau de l'école. Je comprends que les activités informatiques de l'enfant à domicile doivent être surveillées, car elles peuvent affecter l'environnement scolaire. J'accorde par les présentes la permission pour que mon enfant utilise le matériel informatique de Boston Public Schools.
- JE N'AUTORISE PAS mon enfant à utiliser les ressources informatiques, y compris Google Apps for Education, dans les locaux de Boston Public Schools.

Signature des parents _____ Date _____

LES ÉLÈVES DOIVENT SIGNER LA DÉCLARATION CI-DESSOUS CONCERNANT L'USAGE DE L'INFORMATIQUE :

En tant qu'élève de Boston Public Schools, je comprends que l'usage du réseau de l'école et du courrier électronique est un privilège qui m'est accordé et non un droit. Je comprends que le réseau de mon école et mes comptes e-mails sont détenus par BPS et ne sont pas privés. BPS a le droit d'accéder à mes informations à tout moment. Je comprends que les administrateurs de BPS détermineront quelles conduites sont inappropriées, notamment pour les conduites qui ne sont pas définies dans cet accord. Je m'engage à utiliser l'informatique en conformité avec les lois des États-Unis et du Commonwealth du Massachusetts. Je comprends que je dois informer immédiatement un adulte si je trouve du contenu contraire aux règles d'usage approprié.

J'atteste avoir compris et je m'engage à respecter la politique d'usage acceptable située à la page 4 de ce livre. Je m'engage à utiliser les ressources informatiques de BPS de manière productive et responsable, pour des motifs scolaires. Je m'abstiendrai d'utiliser les ressources informatiques de manière à perturber les activités des autres utilisateurs. Je comprends que les conséquences de mes actions peuvent inclure la perte du privilège d'accès aux ressources informatiques ou la prise de mesures disciplinaires par l'école, comme indiqué dans le code de conduite, ou des poursuites conformément aux lois fédérales et d'État.

Signature de l'élève (âgé d'au moins 5 ans) _____ Date _____

Boston Saves

Boston Saves est un programme dirigé par la Ville de Boston (EDIC) qui a comme objectif d'aider les familles de BPS à épargner de l'argent pour l'avenir de leurs enfants, en fournissant chaque élève éligible avec un compte épargne qui inclut 50\$ pour l'université («collège») ou pour la formation professionnelle. La participation au programme permettra aux familles de gagner des incitations monétaires supplémentaires en épargnant de l'argent dans un compte désigné. Vous pouvez en apprendre plus sur le programme et vérifier votre éligibilité sur le site : bostonsavescsa.org.

Si vous consentez à participer dans «Boston Saves», vous consentez à permettre aux Écoles Publiques de Boston de partager les données suivantes avec les personnels du «Boston Saves»: le nom de l'élève, son numéro d'identification étudiant unique (SASID), le nom de son école, et son niveau de classe.

- Oui, j'accepte de participer.
- Non, je n'accepte pas de participer.

Dépistage de Santé

Comme partie du dossier de santé de chaque élève, les Écoles Publiques de Boston (BPS) effectuent des dépistages exigés par l'état. De temps en temps les élèves sont dépistés pour leurs hauteur, poids, posture, vision, et audition, depuis le jardin d'enfant K1 jusqu'à la classe de 10ème année. Veuillez cocher la case ci-dessous et signez si vous NE voulez PAS que BPS dépistent votre enfant.

- JE N'AUTORISE PAS les Écoles Publiques de Boston à soumettre mon enfant aux dépistages de hauteur, poids, posture, vision, audition.

Signature des parents _____ Date _____

À partir de 2017, tous les districts scolaires de Massachusetts sont tenus d'inclure un dépistage préventif de toxicomanie pour les élèves de la 7ème et 10ème années. Le nom de l'outil de dépistage est «Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) protocol» (protocole de Dépistage, Intervention Brève, et Recommandation pour Traitement - SBIRT). Le protocole SBIRT facilite (rend possible) une conversation tête-à-tête entre chaque élève et un infirmier ou conseiller d'école dans un effort pour faire de la prévention de la toxicomanie ou au moins retarder l'utilisation de telles substances, telles que l'alcool ou la marijuana. Ce programme met accent sur le renforcement des décisions saines et répond aux comportements inquiétants vis-à-vis la toxicomanie avec le but d'améliorer la santé, la sécurité, et le succès des élèves à l'école. Veuillez cocher la case ci-dessous et signez si vous NE voulez PAS que BPS dépistent votre enfant.

- JE N'AUTORISE PAS les Écoles Publiques de Boston à soumettre mon enfant aux dépistages de hauteur, poids, posture, vision, audition, ni la toxicomanie (SBIRT).

Signature des parents _____ Date _____

Informations Médicales Importantes

Je comprends les procédures que l'école suivra si mon enfant aura besoin de traitement médical et/ou s'il prend des médicaments pendant qu'il est à l'école. Je comprends qu'il est extrêmement important que l'école puisse capable de me contacter en cas d'une urgence médicale.

Si l'assistance médicale est nécessaire et nous ne pouvons pas entrer en contact avec vous, autorisez-vous les personnels de l'école à obtenir de traitement médical? OUI NON

Fournisseur d'assurance: BCBS Tufts HPHC Medicaid Mass Health Autre _____

Numéro de police _____

Nom du docteur _____ Numéro de tel. _____

Centre hospitalier/de santé où vous amenez votre enfant quand il/elle est malade: _____

Adresse _____ Numéro de tel. _____

Votre enfant a-t-il un problème de santé dont l'école doit être au courant? Veuillez encrer une réponse: ASTHME, DIABÈTE, CRISE CONVULSIVE, DRÉPANOCYTOSE (TRAIT/MALADIE), ALLERGIE MORTELLE, ALIMENTATION PAR SONDE, ANXIÉTÉ (ANGOISSE), DÉPRESSION: _____

Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement? OUI NON If OUI, please state below.

Does your child take medication "as needed" at home or school? OUI NO _____ Si la réponse est oui, veuillez le déclarer, ci-dessous. _____

Tous les élèves prenant des médicaments de toute sorte à l'école doivent présenter à l'infirmier de l'école une ordonnance du médecin avec la signature du parent/tuteur et les médicaments doivent être dans l'emballage original de la pharmacie.

Nom du/des médicament (s) _____ Quand les prendre: _____

Allergies: alimentaires _____ médicamenteuses _____ latex _____ piqûre d'abeille _____

Des Problèmes de Vision Connus? OUI NON Porter des lunettes en tout temps Occasionnellement Pour quels types d'activités? _____

Problèmes d'audition Connus? OUI NON Aide Auditive: OUI NON

L'enfant a-t-il eu une opération chirurgicale, une maladie, ou une blessure au cours de l'année passée? Si oui, veuillez expliquer: _____

L'enfant a-t-il été diagnostiqué d'une blessure à la tête ou une commotion cérébrale? Si la réponse est oui, veuillez expliquer: _____

Signature des parents _____ Date _____