

# Escolas Públicas de Boston Atualização das informações do aluno 2018-2019

Atualize as informações do aluno em [www.bostonpublicschools.org/contact](http://www.bostonpublicschools.org/contact).

Caso não seja possível, preencha esse formulário. Os FORMULÁRIOS e LIBERAÇÕES nestas páginas são DOCUMENTOS LEGAIS. Pais e alunos devem preencher e assinar cada seção conforme requerido. Remova o formulário deste guia e devolva as quatro páginas do formulário para a escola até SEXTA-FEIRA, DIA 28 DE SETEMBRO DE 2018. Por favor NÃO SEPARE as páginas.

**ALUNOS DO ENSINO MÉDIO:** Se não quiser seu nome liberado para recrutadores militares e/ou de curso superior, você terá de marcar e assinar a liberação na página 6. Não é necessária a assinatura de seus pais nesta seção.

Obrigado!

Nome do aluno \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Nome da escola \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Sala de chamada \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nome dos pais/responsáveis \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Telefone: Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nome dos pais/responsáveis \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_

Telefone: Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Comercial \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Se os pais não puderem ser encontrados em uma situação de emergência, ou em caso de doença, por favor forneça dois nomes de adultos responsáveis para contato:

Nome \_\_\_\_\_ Tel. # (Diurno ou Celular) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Tel. # (Diurno ou Celular) \_\_\_\_\_

Existe qualquer outra questão que a escola deva ser informada? Se sim, por favor explique: \_\_\_\_\_

- 1 Nós revisamos o guia das Escolas Públicas de Boston on-line para famílias e alunos e as Regras da escola do meu filho.
- 2 Nós entendemos que o guia contém informações importantes sobre a parceria casa-escola, a Política de promoção, frequência escolar, o Código de conduta, requisitos para residência em Boston, política de acesso à Internet pelos alunos, leis contra discriminação, registros e alunos, cuidados e devolução de livros didáticos e livros pertencentes à biblioteca e outras regras e procedimentos escolares.
- 3 Nós entendemos que o Conselho Escolar aprovou as Regras com base na escola e que os alunos que violarem essas regras poderão perder certos privilégios.
- 4 Nós concordamos em trabalhar com os funcionários da escola para garantir que nossos filhos frequentem a escola diariamente (exceto por faltas justificadas) e completem a lição de casa.
- 5 Nós lemos a síntese do Código de conduta e as Regras baseadas na escola nas páginas 9-11 deste livreto. Nós conversamos sobre o Código de conduta. Nós concordamos em trabalhar com os funcionários da escola para assegurar que meu filho siga o Código de conduta e as Regras da escola.

Assinatura dos pais \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Assinatura do aluno \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_

NÚMERO DA MATRÍCULA # (Se souber) \_\_\_\_\_

## 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 2018-2019, 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 pais ou responsáveis por esse aluno, eu li as Políticas de uso aceitável na página 4 deste livreto e conversei com meu filho a respeito do assunto. Eu entendo que o acesso ao computador é fornecido nas Escolas Públicas de Boston para fins educacionais em consonância com os objetivos acadêmicos de BPS, e que o uso do computador para qualquer outro propósito é inadequado. Eu reconheço que é impossível para as BPS restringir o acesso a todos os materiais polêmicos, e eu não responsabilizarei a escola por materiais adquiridos na rede escolar. Eu entendo que as atividades das crianças realizadas no computador enquanto estiverem em casa devem ser supervisionadas, pois podem afetar o ambiente acadêmico da escola. Autorizo o meu filho a utilizar os recursos de informática nas Escolas Públicas de Boston.
- EU NÃO autorizo o meu filho a usar os recursos de informática, incluindo o aplicativo Google para Educação 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 agirei de acordo com a Política de uso aceitável na página 4 deste livreto. Usarei os recursos tecnológicos de BPS de forma produtiva e responsável para fins relacionados à escola. Eu não usarei qualquer recurso tecnológico de forma que venha a interromper as atividades de outros usuários. Eu entendo que as consequências de minhas ações podem incluir a possível perda de privilégios de uso tecnológico e/ou uma ação disciplinar da escola conforme indicado no Código de conduta e/ou processo sob as leis estaduais ou federais.

Assinatura do Aluno (maior de 5 anos) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO \_\_\_\_\_

NÚMERO DA MATRÍCULA # (Se souber) \_\_\_\_\_

## Rastreios de Saúde

Como parte do histórico escolar de saúde de cada estudante, as Escolas Públicas de Boston (BPS) fazem rastreios mandatados pelo estado. Faz-se o controlo da altura, peso, postura, visão, e periodicamente o da audição começando no K1 até a 10ª série. Desde 2017, todos os distritos escolares de Massachusetts foram exigidos a incluir um rastreio de prevenção de substâncias para os estudantes na 7ª e 9ª série. O nome da ferramenta para fazer o rastreio é "Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT, siglas em ingles) protocol" (protocole de rastreio, Intervenção breve, e referido ao tratamento, tradução livre). O protcole SBIRT facilita a conversa cara-a-cara entre um estudante e a enfermeira ou orientador escolar num esforço de impedir ou pelo menos retardar o uso de substâncias nocivas como o álcool ou maconha. O foco desse programa é reforçar decisões saudáveis e abordar os comportamentos concernentes ao uso de substâncias com o objetivo de melhorar a saúde, segurança, e sucesso académico. Marque a caixa de seleção abaixo e assina se NÃO autoriza a BPS de fazer um rastreio de saúde na sua criança. Escolhe todos os rastreios que não deseja fazer.

Eu NÃO dou permissão às Escolas Públicas de Boston fazerem um rastreio de saúde concernente á altura, peso, postura, visão, audição e uso de substâncias (SBIRT) ao meu filho.

Assinatura dos Pais \_\_\_\_\_

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(a) tem algum problema de saúde de que a escola deve estar ciente? Se sim, por favor indique abaixo. \_\_\_\_\_

O seu filho(a) toma medicação diária?  SIM  NÃO Se sim, por favor indique abaixo. \_\_\_\_\_

*Todos os estudantes que tomam medicamentos de qualquer espécie deve apresentar a ordem de um médico e assinatura dos pais / responsável para a enfermeira da escola.*

Nome da medicação(oes) \_\_\_\_\_ Horários que toma: \_\_\_\_\_

Alergias (Alimentação) \_\_\_\_\_ Medicação \_\_\_\_\_

Tem conhecimento de Problema de visão?  SIM  NÃO Usa óculos todo o tempo  Tempo Parcial

Para que atividades? \_\_\_\_\_

Tem conhecimento de Problema de Audição?  SI  NÃO Aparelho Auditivo:  SIM  NÃO

A criança teve alguma cirurgia, doença ou lesões no último ano? Se sim, por favor descreva: \_\_\_\_\_

Assinatura dos Pais \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Obrigado por preencher esse formulário.

Por favor devolva-o para a escola até sexta-feira,  
dia 28 de setembro de 2018.