

نموذج تحديث معلومات طلاب مدارس بوسطن العامة 2019-2020

يرجى تحديث معلومات الطالب على الموقع www.bostonpublicschools.org/contact

إذا لم يكن ذلك ممكنًا، فيرجى ملء هذا النموذج تمامًا. تُعد النماذج والبيانات المنشورة في هذه الصفحات هي مستندات قانونية. يجب على الآباء والطلاب إكمال وتوقيع كل قسم على النحو المطلوب، وإزالة النموذج من هذا الكتيب، وإعادة صفحات النماذج الأربعة بالكامل إلى المدرسة بحلول يوم الجمعة، 27 سبتمبر 2019. من فضلك لا تقم بفصل الصفحات

طلاب المدارس العليا: إذا كنت لا ترغب في نشر اسمك لمجندي العسكريين و / أو الجامعيين، فيجب عليك التحقق والتوقيع على الجزء الخاص بالناشر في الصفحة التالية. ولا يحتاج أولياء الأمور إلى التوقيع على هذا القسم
شكرًا لكم

اسم الطالب _____ تاريخ الميلاد _____

اسم المدرسة _____ الحالي _____ الصف _____

العنوان _____ الرمز البريدي _____ رقم الشقة _____

اسم ولي الأمر/الوصي _____ تاريخ ميلاد ولي الأمر/الوصي _____

رقم الهاتف: المنزل _____ الجوال _____ العمل _____

البريد الإلكتروني _____

اللغة الأساسية المستخدمة في المنزل _____

اسم ولي الأمر/الوصي _____ تاريخ ميلاد ولي الأمر/الوصي _____

رقم الهاتف: المنزل _____ الجوال _____

البريد الإلكتروني _____

اللغة الأساسية المستخدمة في المنزل _____

إذا تعذر الوصول إلى أحد الوالدين في حالة الطوارئ، أو في حالة المرض، يرجى ذكر شخصين بالغين مسؤولين للاتصال

اسم _____ (رقم الهاتف) هاتف الاتصال بالناهار أو الجوال _____

اسم _____ (رقم الهاتف) هاتف الاتصال بالناهار أو الجوال _____

هل توجد أي أمور أخرى يجب أن تكون المدرسة على دراية بها؟ إذا كان الأمر كذلك، وضح _____

- 1 للأسر والطلاب والقواعد المدرسية لمدرسة طفلي Boston Public Schools لقد راجعنا عبر الإنترنت دليل
- 2 ندرك أن الدليل يحتوي على معلومات مهمة عن الشراكة بين المدرسة والمنزل، وسياسة الترقى، والحضور بالمدرسة، ومدونة قواعد السلوك، ومتطلبات إقامة بوسطن، وسياسة استخدام الطلاب للإنترنت، وقوانين التمييز، وسجلات الطلاب، والعناية بالكتب المدرسية وكتب المكتبة، وغيرها من القواعد والسياسات المدرسية
- 3 الخاص بالمدرسة قد وافق على القواعد المدرسية، وأن الطلاب الذين School Site Council ندرك أن مجلس المدارس ينتهونها قد يفقدون بعض الامتيازات
- 4 نوافق على التعاون مع موظفي المدرسة للتأكد من أن طفلي يذهب إلى المدرسة كل يوم (باستثناء الغياب لعذر) ويكمل الواجبات المنزلية
- 5 لقد قرأنا ملخص مدونة قواعد السلوك والقواعد المدرسية في الصفحات 9-11 من هذا الكتيب. لقد ناقشنا مدونة قواعد السلوك. نوافق على التعاون مع موظفي المدرسة للتأكد من أن طفلي يتبع مدونة قواعد السلوك

التاريخ _____ توقيع ولي الأمر _____

التاريخ _____ توقيع الطالب _____

العائلات العسكرية

- الأسر العسكرية: يرجى التحقق مما إذا كان هذا الطالب (1) طفل لأحد أفراد الخدمة الفعلية من الخدمات النظامية، والحرس الوطني..... □
والاحتياطي على أوامر العمل النشط، أو (2) طفل لأحد أعضاء أو قدامى المحاربين الذين يتم استبعادهم طبيًا أو المتقاعدين

الإفراج عن المعلومات إلى التوظيف العسكري والعالي

يجب على مقاطعات المدارس العامة الإفصاح عن أسماء وعناوين وأرقام هواتف طلاب المدارس الثانوية إلى جهات التوظيف العسكرية والجامعية في الولايات المتحدة. يحق للطلاب أو ولي الأمر أن يطلب كتابةً عدم الإفصاح عن هذه المعلومات. إذا كنت لا تريد الإفصاح عن هذه المعلومات، يرجى ترك علامة عند أحد المربعين أو كلاهما والتوقيع أدناه

- عدم الإفصاح عن معلومات إلى جهات التوظيف العسكرية..... □
عدم الإفصاح عن معلومات إلى جهات التوظيف الجامعية..... □

التوقيع

التاريخ

(الوالد أو الطالب (سن 14 أو أكثر

(Charter Schools) الإفصاح عن المعلومات للمدارس المستقلة

تلتزم المقاطعات المدرسية، (Massachusetts Education Reform Law) وبمقتضى قانون إصلاح التعليم بماساتشوستس أسماء وعناوين الطلاب لأغراض التوظيف. إذا كنت لا تريد الإفصاح عن (Charter Schools) العامة بأن تعطي المدارس المستقلة هذه المعلومات، يرجى ترك علامة عند أحد المربعين أو كلاهما والتوقيع أدناه

- CHARTER SCHOOLS. عدم الإفصاح عن المعلومات ل..... □

التوقيع

التاريخ

(ولي الأمر أو الطالب (سن 18 أو أكثر

الإفصاح عن معلومات دليل الطالب

قد تصدر المنطقة "معلومات الدليل" الخاصة بالطالب دون موافقة كتابية، ما لم تكن قد أشرت عن طريق تحديد المربع أدناه أنك لا ترغب في الإفصاح عن المعلومات. معلومات الدليل هي المعلومات التي لا تعتبر عادةً ضارة أو تعتدي على الخصوصية إذا تم الإفصاح عنها. الغرض الأساسي هو السماح للمنطقة بتضمين هذا النوع من المعلومات في منشورات مدرسية معينة، مثل الكتاب السنوي، أو النشرة الإخبارية، أو الإعلانات، أو قائمة الشرف. تشمل معلومات الدليل ما يلي: اسم الطالب، والعمر، ورقم هوية الطالب، وحي الإقامة، والفصل أو الصف، وتواريخ الالتحاق، والمشاركة في الأنشطة المعترف بها رسميًا، والعضوية في الفرق الرياضية، والدرجات، ومراتب الشرف، والجوائز، وخطط ما بعد المدرسة الثانوية

ما لم تشر إلى خلاف ذلك، يجوز للمنطقة الإفصاح عن معلومات الدليل في ظل ظروف محدودة. تحتفظ المنطقة بالحق في حجب أي معلومات إذا كانت المنطقة تعتقد أنها في مصلحة الطلاب. ومع ذلك، فإن المنطقة سوف تكشف عن المعلومات كما هو مطلوب بموجب القانون

يرجى ترك علامة على المربع أدناه إذا كنت لا ترغب في أن تقوم المنطقة بالإفصاح عن معلومات دليل الطالب الخاص بك

- لا أريد الإفصاح عن معلومات دليل طفلي. من خلال تحديد هذا الخيار، أفهم أن اسم طفلي و/أو صورته لن يتم تضمينهما في الكتاب..... □
السنوي، والنشرات الإخبارية، والبرامج، والمنشورات الأخرى في المقاطعة والمدرسة؛ ولن يتم نشر معلومات الدليل للمنظمات الشريكة التي قد تقدم الخدمات للطلاب

التوقيع

التاريخ

(ولي الأمر أو الطالب (سن 18 أو أكثر

الظهور في وسائل الإعلام

- بتسجيل أو تصوير أو مقابلة و/أو نشر على الملاء أو توزيع أو طباعة في وسائل الإعلام Boston Public Schools أصرح لـ
المطبوعة والوسائط الإلكترونية اسم ابني/ابنتي وهيتها وكلماتها المنطوقة وأعمالها خلال العام الدراسي 2020-2020 ، سواء كان ذلك من طرف موظفي المدرسة أو الطلاب أو أي شخص خارج المدرسة، بما في ذلك وسائل الإعلام. أوافق على أن Boston Public Schools قد تستخدم هذه الأعمال أو تسمح للآخرين باستخدامها دون قيد أو تعويض. أعفي مدرسة طفلي وموظفي Boston Public Schools من أي دعاوي تنشأ عن ظهور طفلي أو مشاركتي في هذا العمل Schools
 لا أصرح بظهور اسم ابني/ابنتي، وهيتها، وكلماتها المنطوقة، وأعماله في وسائل الإعلام كما هو موضح أعلاه.....

التوقيع

التاريخ

(الوالد أو الطالب (سن 14 أو أكثر)

سياسة الاستخدام المقبول للتكنولوجيا، بما في ذلك الإنترنت

- بصفتي ولي أمر أو الوصي على هذا الطالب، قرأت سياسة الاستخدام المقبول في الصفحة 4 من هذا الكتيب وناقشتها مع طفلي. أدرك.. وأنه من BPS، للأغراض التعليمية بما يتماشى مع الأهداف الأكاديمية لـ Boston Public Schools أن الكمبيوتر متاح لدى تقييد الوصول إلى جميع المواد المثيرة للجدل، BPS غير المناسب استخدام الطالب له لأي غرض آخر. أدرك أنه من المستحيل على وأنا لن أحمل المدرسة المسؤولية عن المواد المتاحة على شبكة إنترنت المدرسة. أدرك أن أنشطة الكمبيوتر للأطفال في المنزل يجب أن Boston Public Schools تخضع للإشراف لأنها يمكن أن تؤثر على البيئة الأكاديمية في المدرسة. أصرح لطفلي باستخدام موارد الكمبيوتر في Schools.
 لا أصرح لطفلي باستخدام موارد الكمبيوتر في
Boston Public Schools، بما في ذلك تطبيقات جوجل للتعليم، (Google Apps for Education).

التوقيع

التاريخ

يجب على الطلاب توقيع البيان أدناه فيما يتعلق باستخدام التكنولوجيا

- أدرك أن استخدام الشبكة المدرسية والبريد الإلكتروني هو امتيازاً وليس حقاً. أدرك أن Boston Public School بصفتي طالباً في الوصول إلى معلوماتي في أي وقت. BPS وهي ليست خاصة. يحق لـ BPS شبكة مدرستي وحسابات البريد الإلكتروني مملوكة لـ يقررون ما هو السلوك غير الملائم إذا لم يتم تحديد هذا السلوك في هذه الاتفاقية. سوف أستخدم التكنولوجيا BPS أدرك أن المسؤولين بطريقة تمتثل لقوانين الولايات المتحدة وكومنولث ماساتشوستس. أدرك أنني يجب أن أبلغ شخصاً بالغاً على الفور إذا واجهت مواداً تنتهك الاستخدام المناسب.
على نحو BPS أدرك سياسة الاستخدام المقبول في الصفحة 4 من هذا الكتيب وسألتزم بها. سوف أستخدم موارد تكنولوجيا المعلومات لـ متمر ومسؤول في الأغراض المتعلقة بالمدرسة. لن أستخدم أي من موارد التكنولوجيا بطريقة من شأنها أن تعطل أنشطة المستخدمين الآخرين. أدرك أن عواقب أفعالي قد تشمل فقدان امتيازات التكنولوجيا و/أو أحد الإجراءات التأديبية المدرسية كما هو منصوص عليه في مدونة السلوك و/أو الملاحقة القضائية بموجب قانون الولاية والقانون الاتحادي

توقيع الطالب (عمر 5 سنوات فأكثر)

التاريخ

Boston Saves بوسطن سيفز

- على الادخار من أجل مستقبل أطفالهم من خلال تزويد BPS لمساعدة عائلات (EDIC) بوسطن سيفز هو برنامج تديره مدينة بوسطن كل طالب مؤهل بحساب ادخار يتضمن 50 دولاراً للتدريب الجامعي أو المهني. تتيح المشاركة في البرنامج للعائلات كسب حوافز نقدية bostonsavesca.org. إضافية عن طريق الادخار في حساب معين. تعرف على المزيد وتحقق من أهليتك على الموقع بمشاركة البيانات التالية مع موظفي برنامج BPS فإنك توافق على السماح لـ Boston Saves، إذا وافقت على المشاركة في والمدرسة والصف (SASID) اسم الطالب ورقم تعريف الطالب الفريد Boston Saves:

- نعم ، أوافق على المشاركة
- لا ، لا أُرغب في المشاركة.....

الفحص الصحي

بإجراء فحوصات تفريضا الولاية. يتم فحص الطلاب لمعرفة الطول (BPS) كجزء من السجل الصحي المدرسي لكل طالب، تقوم مدارس بوسطن العامة بPS والوزن والموقف والرؤية والسمع بشكل دوري من الصف الأول حتى الصف العاشر. حدد المربع أدناه وقم بالتوقيع إذا كنت لا ترغب في أن يقوم بفحص طفلك

لا. أسمح لمدارس بوسطن العامة بفحص طفلي لمعرفة الطول والوزن والموقف والرؤية والسمع.....

التوقيع

التاريخ

اعتباراً من عام 2017، يتعين على جميع المناطق التعليمية في ولاية ماساتشوستس تضمين الفحص الوقائي لتعاطي المخدرات للطلاب في الصفين السابع إجراء محادثة فردية بين كل SBIRT يسهل بروتوكول (SBIRT) والعاشر. تسمى أداة الفرز بروتوكول الفحص والتدخل المختصر والإحالة إلى العلاج طالب وممرضة أو مستشار مدرسة في محاولة لمنع أو على الأقل تأخير بدء استخدام المواد الضارة، مثل الكحول أو الماريجوانا. يركز هذا البرنامج على تعزيز القرارات الصحية والتعامل مع السلوكيات المتعلقة بتعاطي المخدرات بهدف تحسين الصحة والسلامة والنجاح في المدرسة. حدد المربع أدناه وقم بفحص طفلك BPS بالتوقيع إذا كنت لا ترغب في أن يقوم

(SBIRT) لا أعطي إننا لمدارس بوسطن العامة لفحص طفلي بحثاً عن تعاطي المخدرات.....

توقيع ولي الأمر

التاريخ

معلومات طبية مهمة

أتفهم ما الذي ستفعله المدرسة إذا كان طفلي بحاجة إلى علاج طبي و / أو دواء أثناء وجوده في المدرسة. أدرك أنه من المهم جداً أن تتمكن المدرسة من الوصول إلي في حالة الطوارئ الطبية

إذا كانت الرعاية الطبية الطارئة ضرورية ولا يمكننا الوصول إليك ، فهل تسمح لموظفي المدرسة طلب العلاج الطبي؟

لا نعم

أخرى Medicaid Mass Health HPHC Tufts BCBS نوع موفر التأمين

رقم الوثيقة

أسم الطبيب رقم الهاتف

المستشفى/المركز الصحي الذي تأخذ طفلك له في حاله مرضه:

العنوان رقم الهاتف#

هل يعاني طفلك من أي مشاكل صحية يجب أن تكون ممرضة المدرسة على دراية بها؟

TRAIT/ DISEASE) SICKLE CELL (الخلية المنجلية ، SEIZURES نوبات ، DIABETES السكري ، ASTMA: يرجى وضع دائرة حول والقلق ، والاكنتاب. يرجى وصف أي شيء آخر ، G-TUBE FEEDING ، حساسية تهدد الحياة،

لا إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر ذلك أدناه نعم هل يتناول طفلك دواء يومي؟

لا نعم هل يتناول طفلك الدواء "حسب الحاجة" في المنزل أو المدرسة؟

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر ذلك أدناه

يجب على جميع الطلاب الذين يتناولون الأدوية من أي نوع في المدرسة تقديم طلب الطبيب مع توقيع ولي الأمر / الوصي والدواء في الحاوية التي تحمل علامة الصيدلية إلى ممرضة المدرسة

اسم الدواء (الأدوية): الوقت (أوقات) المأخوذة

لدغة النحل Latex الحساسية : الغذاء الدواء

لأي نوع من الأنشطة؟ جزء من الوقت النظارة في جميع الأوقات لا نعم مشكلة الرؤية المعروفة؟

لا نعم : مساعدات السمع نعم مشكلة السمع المعروفة؟

هل خضع الطفل لعملية جراحية أو مرضية أو إصابات في العام الماضي؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصفه

هل تم تشخيص إصابة الطفل بإصابة في الرأس أو ارتجاج في العام الماضي؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى وصفه

هل خضع الطفل لجراحة أو مرض أو إصابات في العام الماضي؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى وصف

توقيع ولي الأمر

التاريخ