

申請指南 2019-2020 學年度學生資訊更新表

請在以下網址更新學生的資訊：www.bostonpublicschools.org/contact。

如果無法上網，請完整填寫本表格。那些頁面上的表格和申請書是法律文件。家長和學生應該填寫各個部份並且簽名，將本頁從手冊中取下，簽名後在 2018 年 9 月 27 日之前，將完整四頁交回給學校。請勿拆分頁面。

高中學生：如果您不希望軍方及／或大學招募人員取得您的姓名，您必須檢閱第 6 頁上的申請表並簽名。您的家長不需在此簽名。

感謝您！

學生姓名 _____ 出生日期 _____

學校 _____ 年級 _____ 導師 _____

住址 _____ 公寓 # _____ 郵政編碼 _____

家長／監護人姓名 _____ 家長／監護人生日 _____

電話：家用 _____ 手機 _____ 工作 _____

電子郵件 _____

在家使用的主要語言 _____

家長／監護人姓名 _____ 家長／監護人生日 _____

電話：家用 _____ 手機 _____ 工作 _____

電子郵件 _____

在家使用的主要語言 _____

如果有緊急情況或因學生生病，卻無法連絡到家長，請列出兩位可暫帶家長職責的成人：

名字 _____ 電話 # (白天或手機) _____

名字 _____ 電話 # (白天或手機) _____

還有其他學校應注意的問題嗎？若有，請說明： _____

- 1 我們已經在網上檢視過 Boston Public Schools 家長與學生指南以及我孩子就讀學校的校規。
- 2 我們了解指南包含家庭學校合作關係、升級政策、出席率、行為準則、波士頓居民身分規定、學生使用國際網路的政策、歧視法律、學生紀錄、教科書和圖書館書籍的維護和歸還，與其他學校規則和政策的重要資訊。
- 3 我們了解學校的校務決策委員會已核准校規，違反校規者將喪失特定特權。
- 4 我們同意與學校職員合作，確保我的孩子每天都有上學（除了有理由的缺席外），並完成家庭作業。
- 5 我們已經閱讀了本手冊第 9-11 頁上的行為準則和校規的概覽。我們已就行為準則做過討論。我們同意與學校職員合作，確保我的孩子遵守行為準則。

家長簽名 _____ 日期 _____

學生簽名 _____ 日期 _____

請從手冊中取下本頁並簽名後，在 2019 年 9 月 27 日之前交回給學校。

軍人家庭：

- 請確認學生是否為 (1) 軍方服役人員、國民軍和後備軍人的子女，或者為 (2) 因身體因素退伍或退伍軍人的子女。

向軍方和高等教育招募人員公佈資訊

公立學校學區必須向美國軍方和高等教育招募人員提供中等教育學校（高中）學生的姓名、地址、電話。然而，家長或學生有權利提出書面請求，要求不公佈資訊。如果您不想公佈本資訊，請勾選一或兩個方塊，並在下方簽名：

- 請勿向軍方招募人員公佈資訊。
- 請勿向高等教育招募人員公佈資訊。

簽名 _____ 日期 _____
家長或學生（14 歲以上的學生）

向特許學校公佈資訊

根據麻省教育改革法規定，公立學校學區基於招生理由必須提供學生的姓名與住址給特許學校。如果您不想公佈本資訊，請勾選方塊，並在下方簽名：

- 請勿向特許學校公佈資訊。

簽名 _____ 日期 _____
家長或學生（18 歲以上的學生）

公佈學生目錄資訊

學區可以在沒有書面許可的情況下公佈「目錄資訊」，除非您有勾選下方的方塊，表示您不希望資訊被公佈。目錄資料是公佈後，不會侵犯隱私的資料。其主要目的讓學區可以在特定學校刊物中包含這類資訊，像是紀念冊、電子報、節目單或榮譽榜。目錄資訊包括了：學生姓名、年齡、各州學生專屬識別號、居住地區、班級或年級、就學日期、參與官方認可活動、體育社團會員資格、榮譽和獎項和高中畢業後的計畫。

除非您另行通知，學區可以在有限制的情况下公佈目錄資訊。如果學區認為符合學生最大利益，學區保留可扣留任何資訊的權利。然而，學區將會依法披露資訊。

如果您不希望學區公佈您的學生目錄資訊，請勾選下方的方塊。

- 我不想我孩子的目錄資訊被公佈。選擇本選項後，我了解我孩子及／或照片將不會出現在紀念冊、電子報、節目單和其他學區和學校刊物中。任何為學生提供服務的合作組織將不會取得目錄資訊。

簽名 _____ 日期 _____
家長或學生（18 歲以上的學生）

媒體曝光

- 我允許 Boston Public Schools 可錄音、錄製、攝影、及／或以印刷與電子媒體途徑，公開展示、散佈或發行我的子女在 2019-2020 學年的姓名、外表、說話內容，不論是由學校職員、學生或任何校外人士所紀錄，包括媒體在內。我同意 Boston Public Schools 或其他人可在無限制或補償的情況下使用這些作品。若我孩子出現在這些作品中，或參與其中引起爭端，我孩子就讀的學校和 Boston Public Schools 概不負責。
- 我不允許我的子女的姓名、外表、說話內容出現在上述陳述的媒體內容中。

簽名 _____ 日期 _____
家長或學生（18 歲以上的學生）

針對科技方面的可接受使用政策，包含網路

- 做為本學生的家長或監護人，我已閱讀了本手冊第 4 頁的「可接受使用政策」，並且已與孩子完成討論。我了解 Boston Public Schools 提供的電腦是基於教育目的使用，目標是達成 BPS 的學術目標，學生基於其他目的使用都是不符合規範的。我了解 BPS 無法限制所有爭議性內容的存取，我不會因為學校網路上取得的內容而向學校究責。我了解我應該監督孩子在家使用電腦的活動，因為這會影響到學校的學習環境。我在此允許我的孩子使用 Boston Public Schools 的電腦資源。
- 我不允許我的孩子使用 Boston Public Schools 的電腦資源，包括 Google Apps for Education。

家長簽名 _____ 日期 _____

學生必須簽署以下與使用科技相關的協議。

做為 Boston Public Schools 的學生，我了解使用學校網路和電子郵件是一種特權而不是權利。我了解我的學校網路與電子郵件帳戶所有者是 BPS 而非私人專用。BPS 有權在任何時候存取我的資訊。若本協議未提及特定之行為，我了解 BPS 管理員有權決定使用行為妥當與否。我使用科技產品時會遵守美國與麻薩諸塞州法律。我了解如果我取得不適當的教材，必須立即通知成人。

我了解並會遵守本手冊第 4 頁上的「可接受使用政策」。我會基於與學校相關之理由，有效率且負責任地使用 Boston Public Schools 科技資源。我不會使用任何會干擾其他使用者的科技資源。我了解自身行為的後果，包括會失去使用科技的特權，並需接受行為準則中列明的校規懲戒，或者本州與聯邦法律的制裁。

學生簽名（5 歲以上） _____ 日期 _____

Boston Saves

Boston Saves 是由波士頓市(EDIC)經營的項目，目的是透過為每個符合資格的學生提供一個包含了 50 元、能被用來上大學或取得職業訓練的儲蓄帳戶，來幫助家長為他們孩童的未來儲蓄。參與此項目使家長透過在特定的帳戶裡存錢，賺取更多的金錢獎勵。造訪 bostonsaves.org 網站，以進一步理解並查閱是否符合資格。

若你同意參與 Boston Saves，你同意允許 BPS 與 Boston Saves 項目員工分享下列資料：學生姓名、州指定的學生辨識碼（SASID）、學校和年級。

- 是的，我同意參加。
- 不，我不希望參加。

健康檢查

作為每一位學生的學校健康紀錄的一部分，波士頓公立學校執行州規定的檢查。我們定期檢查K1至10年級學生的身高、體重、姿勢、視力以及聽力。若你不希望BPS對你孩童進行檢查，勾選下方的框框。

我不允許波士頓公立學校檢查我孩童的身高、體重、姿勢、視力和聽力。

學生家長簽名 _____ 日期 _____

從2017年開始，所有的麻州學區都需為7和10年級學生提供防止藥物濫用篩查。篩查工具叫做檢查、初步介入和治療轉介 (SBIRT) 規程。SBIRT規程促使每位學生和校護或輔導員進行一對一談話，以防止或至少延遲開始使用具傷害性的藥物，例如酒精或大麻。此項目的目標為改善校內的健康、安全以及成功，重點為加強健康的選擇並處理與濫用藥物相關的令人擔憂的行為。若你不希望BPS對你孩童進行篩查，勾選下方的框框。

我不允許波士頓公立學校對我孩童進行藥物使用篩查 (SBIRT)。

學生家長簽名 _____ 日期 _____

重要醫療資料

我知道學校會根據孩子的需要採取醫療程序和/或向學校提供藥品。本人明白對學校而言，在緊急醫療事故中能與本人聯絡是非常重要的。

如有緊急而必要的醫療照顧，我們不能傳達你，你是否授權學校教職員尋求醫治？ 是 否

保健機構: BCBS Tufts HPHC Medicaid Mass Health 其他 _____

保健號碼 _____

醫生姓名 _____ 電話號碼 # _____

如孩子生病，你會帶他/她去的醫院/診所: 地址 _____

電話號碼 # _____

你的孩童有學校護士應該知道的健康問題嗎？請圈選：氣喘、糖尿病、癲癇、鐮刀型紅血球（特質/疾病）、危及生命的過敏、G管餵食、焦慮、憂鬱。請說明其他的健康問題： _____

你的孩童需每天服用藥物嗎？ 需要 不需要 若勾選需要，請在下方說明。

你的孩童將“按情況”在家或學校服藥嗎？ 需要 不需要 若需要，請在下方說明。

所有在學校服用任何藥物的學生都必須把醫生命令和家長/監護人簽名，以及在藥房標示的容器裡的藥物交給校護。

藥物名稱 _____ 服藥次數 _____

過敏: 食物 _____ 藥物 _____ 乳膠 _____ 蜂螫 _____

已知的視力問題？ 有 沒有 隨時須戴眼鏡 有時候須戴眼鏡 從事什麼活動須戴眼鏡？ _____

已知的聽力問題？ 有 沒有 助聽器: 有 沒有

孩童過去一年有沒有動過手術、生病或受傷？若有，請說明： _____

孩童過去一年有沒有被診斷出頭部受傷或腦震盪？若有，請說明： _____

學生家長簽名 _____ 日期 _____