

إذا لم تتمكن من القيام بذلك ، يرجى ملء هذا النموذج بالكامل. النماذج والإفصاحات الواردة في هذه الصفحات هي مستندات قانونية. يجب على أولياء الأمور والطلاب إكمال وتوقيع كل جزء ، حسب الاقتضاء ، وإعادة النموذج الكامل المكون من أربع صفحات إلى مدرسة الطالب بحلول 30 سبتمبر 2022.

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

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 للتواصل مع الأسرة _____

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

رقم الهاتف: المنزل _____ الجوال _____

العمل _____

البريد الإلكتروني _____

اللغة الأساسية للتواصل مع الأسرة _____

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

صلة القرابة بالطالب _____ (الاسم/رقم الهاتف (النهارى أو المتحرك

صلة القرابة بالطالب _____ (الاسم/رقم الهاتف (النهارى أو المتحرك

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

- 1 أو المطبوعة من دليل إدارة مدارس (bostonpublicschools.org/familyguide) لقد اطلعنا على النسخة الإلكترونية بوسطن العامة التعليمية للأسر والطلاب، وعلى القواعد المدرسية في المدرسة التي يترادها طفلي.
- 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 وقواعد المدرسة. 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 والعالى

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 (البالغ 14 عامًا أو المُسجّل في الصف التاسع

الإفصاح عن معلومات دليل الطالب

قد تصدر المنطقة "معلومات الدليل" الخاصة بالطلاب 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. أنا لا أرغب في الإفصاح عن البيانات الإرشادية عن طفلي. وأدرك أن تحديد هذا الخيار يعني عدم إدراج اسم طفلي ولا صورته..... □
في الكتاب السنوي والنشرات الإخبارية والبرامج والمنشورات الأخرى الصادرة عن الإدارة التعليمية والمدرسة. لن يُفصح عن البيانات الإرشادية إلى المنظمات الشريكة التي ربما تقدم خدمات للطلاب

التوقيع

التاريخ

(ولي الأمر أو الطالب (البالغ 14 عامًا أو المُسجّل في الصف التاسع

الظهور في وسائل الإعلام

- أُمح أنا إدارة مدارس بوسطن العامة التعليمية إذنا بتسجيل اسم ابني/ابنتي ومظهره/ها وكلماته/ها الشفهية خلال العام الدراسي -2021. 2022 في تسجيلات صوتية أو أفلام مرئية أو في صور فوتوغرافية أو في مقابلات أو معرض علني أو توزيع تلك التسجيلات والأفلام والصور أو نشرها في مطبوعات أو وسائل إلكترونية؛ التي سجلها أو صورها أو التقطها عاملين بالمدرسة أو طلاب أو أي شخص آخر خارج المدرسة، ومن ذلك وسائل الإعلام. وأوافق على انه يجوز لإدارة مدارس بوسطن العامة التعليمية مشاركة هذه البيانات أو السماح لأخرين بالمشاركة بدون تقييد أو تعويض. وأعفي مدرسة طفلي والعاملين في إدارة مدارس بوسطن العامة التعليمية من أي مطالبات تنشأ بسبب ظهور طفلي أو مشاركتي في تلك الأعمال
- لا أصرح بظهور اسم ابني/ابنتي، وهيتته، وكلماته 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 أحد الوالدين أو الوصي على هذا الطالب ، فقد قرأت سياسة الاستخدام المقبول وناقشتها مع طفلي. أدرك أن الكمبيوتر المتاح وأنه من غير المناسب استخدام BPS للأغراض التعليمية بما يتماشى مع الأهداف الأكاديمية لـ Boston Public Schools لدى تقييد الوصول إلى جميع المواد المثيرة للجدل، وأنا لن أحمل المدرسة BPS الطالب له لأي غرض آخر. أدرك أنه من المستحيل على المسؤولية عن المواد المتاحة على شبكة إنترنت المدرسة. أدرك أن أنشطة الكمبيوتر للأطفال في المنزل يجب أن تخضع للإشراف لأنها Boston Public Schools. يمكن أن تؤثر على البيئة الأكاديمية في المدرسة. أصرح لطفلي باستخدام موارد الكمبيوتر في
- لا أصرح لطفلي باستخدام موارد الكمبيوتر في
Boston Public Schools، (Google Apps for Education) بما في ذلك تطبيقات جوجل للتعليم

التوقيع

التاريخ

يجب على الطلاب توقيع البيان أدناه فيما يتعلق باستخدام التكنولوجيا

- أدرك بصفتي طالباً في إدارة مدارس بوسطن العامة التعليمية أن استخدام شبكة المدرسة والبريد الإلكتروني امتياز وليس حق. وأدرك أن الوصول إلى بياناتي (BPS) الإدارة التعليمية تملك شبكة المدرسة والبريد الإلكتروني، وأنهما ليسا ملكية خاصة. ويحق للإدارة التعليمية هم من سيقررون ما إذا كان السلوك ملائماً أو غير ملائم في حال (BPS) في أي وقت. وأدرك أن المسؤولين الإداريين بالإدارة التعليمية عدم ذكر هذا السلوك في هذه الاتفاقية. وسوف أستخدم التكنولوجيا بطريقة تتوافق مع قوانين الولايات المتحدة وولاية ماساتشوستس. وأدرك أنه يجب عليّ إخطار فرد بالغ على الفور إذا واجهت مادة تنتهك الاستخدام المناسب
- بشكل منتج ومسؤول للأغراض المتعلقة بالمدرسة. لن أستخدم BPS IT أنا أفهم سياسة الاستخدام المقبول وسألتزم بها. سأستخدم موارد أياً من موارد التكنولوجيا بطريقة من شأنها تعطيل أنشطة المستخدمين الآخرين. أفهم أن عواقب أفعالي قد تشمل فقدان امتيازات التكنولوجيا و / أو إجراء تأديبي للمدرسة على النحو المنصوص عليه في مدونة قواعد السلوك و / أو الملاحقة القضائية بموجب قانون الولاية والقانون الفيدرالي.

توقيع الطالب (عمر 5 سنوات فأكثر)

التاريخ

والصف الأول والصف الثاني (K2) لطلاب الصف (Boston Saves) برنامج

- التابعة لمدينة بوسطن (EDIC) برنامج حساب توفير للأطفال تُديره مؤسسة التنمية الاقتصادية والصناعية (Boston Saves) برنامج عن طريق تزويد كل طالب -K2) في الادخار لصالح مستقبل أطفالهم -بدءاً من الصف (BPS) من أجل مساعدة أسر الإدارة التعليمية مؤهل بحساب توفير يحتوي على رصيد بقيمة 50 دولار من أجل الدراسة الجامعية أو التدريب المهني. وتُتيح المشاركة في هذا البرنامج للأسر كسب المزيد من المال لصالح حساب أطفالهم. لمعرفة مزيد من المعلومات وللتحقق من أهلية المشاركة في البرنامج، يُرجى زيارة bostonsavescsa.org: الرابط التالي

- يُرجى تحديد مربع الخروج الوارد أدناه للإشارة إلى أنك لا تأذن للإدارة، (Boston Saves) إذا كنت لا ترغب في المشاركة في برنامج اسم الطالب، وتاريخ الميلاد، ورقم الطالب بالولاية: (Boston Saves) بمشاركة البيانات التالية مع موظفي برنامج (BPS) التعليمية ..(واسم المدرسة، والصف الدراسي، وبيانات الاتصال بولي الأمر) (الوصي القانوني، (SASID)

- نأنا لا أرغب في المشاركة

الفحص الصحي

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

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

التوقيع

التاريخ

يجب على جميع الإدارات التعليمية في ولاية ماساتشوستس إجراء الفحص الوقائي لتعاطي المخدرات لطلاب الصف السابع والصف العاشر. ويُطلق عقد محادثة (SBIRT) وييسر بروتوكول (SBIRT) على هذا الفحص اسم بروتوكول فحص تعاطي المخدرات والتدخل الموجز والإحالة للعلاج فردية بين كل طالب وممرضة المدرسة أو المستشار في محاولة لمنع أو على الأقل تأخير بدء استخدام المواد الضارة، مثل الكحول أو الماريجوانا. ويركز هذا البرنامج على تعزيز القرارات الصحية ومعالجة السلوكيات المثيرة للقلق المتعلقة بتعاطي المخدرات بهدف تحسين الصحة والسلامة والنجاح بفحص طفلك (BPS) في المدرسة. حدّد المربع الوارد أدناه ووقع إذا كنت لا ترغب في أن تقوم الإدارة التعليمية

(SBIRT) لا أعطي إذنًا لمدارس بوسطن العامة لفحص طفلي بحثًا 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 جدًا أن تتمكن المدرسة من الوصول إلي في حالة الطوارئ الطبية

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

أخرى Medicaid Mass Health HPHC Tufts BCBS نوع موافر 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 الحياه،

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

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

لا نعم لا 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 أجرى الطفل عملية جراحية أو عانى من مرض أو إصابات في العام الماضي؟ إذا أجبت بنعم، يُرجى التوضيح

هل شُخص الطفل بإصابة في الرأس أو ارتجاج في العام الماضي؟ إذا أجبت بنعم، يُرجى التوضيح

توقيع ولي الأمر

التاريخ