

請在 [www.bostonpublicschools.org/contact](http://www.bostonpublicschools.org/contact) 上更新學生的信息。

如果無法在線更新，請完整填寫表格。這些文件中的表格和披露同意書是法律文件。家長和學生應按要求填寫並簽署每個部分，並在 2022 年 9 月 30 日之前將填好的四頁表格交回您學生的學校。

高中學生：如果您不希望將您的姓名公開給軍隊和/或大學招聘人員，您必須在下一頁檢查並簽署該聲明。您的父母無需在此部分簽名。

谢谢。

學生姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

學校名稱 \_\_\_\_\_ 年級 \_\_\_\_\_ 教室 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 公寓 # \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

家長/監護人的姓名 \_\_\_\_\_ 家長/監護人的的出生日期 \_\_\_\_\_

电话#：家庭電話 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_ 辦公室 \_\_\_\_\_

電子郵件 \_\_\_\_\_

BPS與家庭聯絡的主要語言 \_\_\_\_\_

家長/監護人的姓名 \_\_\_\_\_ 家長/監護人的的出生日期 \_\_\_\_\_

电话#：家庭電話 \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_ 辦公室 \_\_\_\_\_

電子郵件 \_\_\_\_\_

BPS與家庭聯絡的主要語言 \_\_\_\_\_

如果在緊急情況下或生病時無法聯繫到父母，請列出兩個負責的成年人以聯繫：

姓名/電話# (白天電話或手機) \_\_\_\_\_ 與學生的關係 \_\_\_\_\_

姓名/電話# (白天電話或手機) \_\_\_\_\_ 與學生的關係 \_\_\_\_\_

有什麼別的事項是需要引起學校注意的？如果有，請闡述： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1 我們已經查看了在線的 ([bostonpublicschools.org/familyguide](http://bostonpublicschools.org/familyguide)) 或是 印刷版的波士頓公立學校家庭和學生指南以及我孩子就讀學校的規定。
- 2 我們理解本指南包含有關家庭學校的合作、升級政策、學校出勤、行為準則、波士頓居住要求、學生使用互聯網的政策、歧視法、學生記錄、保護和歸還教科書和圖書館書籍，以及其他學校規則和政策。
- 3 我們了解學校的校務委員會已經批准了各校的規則，違反這些規則的學生可能會失去某些特權。
- 4 我們同意與學校工作人員合作，確保我的孩子每天上學（因故缺席除外）並完成家庭作業。
- 5 我們已閱讀了行為準則的摘要。我們已經討論了行為準則。我們同意與學校工作人員合作，確保我的孩子遵守行為準則。

家長簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

學生簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 軍人家庭：

- 請勾選符合情況的項目，該學生是否是 (1) 現役軍人、國民警衛隊和預備役現役軍人的子女，或 (2) 因病出院或退休的軍人或退伍軍人的子女。

## 向軍隊和高等教育招聘人員透露信息

公立學區必須向美國軍隊和高等教育招聘人員透露中 (高中) 學生的姓名、地址和電話號碼。學生或家長有權以書面形式要求不透露此信息。如果您不希望透露此信息，請在一個或兩個框內打勾並在下面簽名：

- 請不要向軍隊招募人員透露信息。  
 請不要向高等教育招生人員透露信息。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

家長或學生 (14歲或以上)

## 向特許學校透露信息

根據馬薩諸塞州教育改革法的要求，公立學區必須向特許學校提供其學生的姓名和地址作招生所用。如果您不希望透露此信息，請在一個或兩個框內打勾並在下面簽名：

- 請不要向特許學校招生人員透露信息。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

家長或學生 (14歲 或 就讀於九年級)

## 透露學生目錄信息

學區可能會在未經書面同意的情況下發布學生“目錄信息”，除非您勾選下面的選項表示您不希望透露該信息。目錄信息通常是被認為沒有損害性的信息或在發布後不會侵犯隱私的信息。其主要目的是允許學區將此類信息包含在某些學校出版物中，例如年鑑、時事通訊、宣傳單或榮譽榜中。目錄信息包含以下內容：學生的姓名、年齡、班級或年級以及入學日期。

除非您表明您不希望發佈這些信息，否則學區可能會在有限的情況下發布目錄信息。如果學區認為這樣做符合我們學生的最大利益，學區保留發佈任何信息的權利。但是，學區將根據法律要求開披露信息。

如果您不希望學區公佈您學生的目錄信息，請勾選下面的方框。

- 我不希望我孩子的目錄信息被公開。選擇此選項，我了解我孩子的姓名和照片將不會包含在年鑑、時事通訊、課程以及學區和學校的其他出版物中。目錄信息不會發布給可能為學生提供服務的合作組織。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

家長或學生 (14歲 或 就讀於九年級)

學生姓名 \_\_\_\_\_

學生電話 (若有) \_\_\_\_\_

## 出現在媒體上

- 我允許波士頓公立學校在 2021–2022 學年期間記錄、錄像、攝影、採訪或公開展示、分發或在印刷品和電子媒體上發布我兒子/女兒的姓名、形象、說過的話和作品，無論這些內容是由學校工作人員、學生或校外任何人 (包括媒體) 所記錄的。我同意波士頓公立學校可以共享或允許他人共享而不受限製或不用補償。我免除我孩子的學校和波士頓公立學校工作人員因我孩子出現或參與這些作品而引起的任何索賠的責任。
- 我不允許我兒子/女兒的姓名、形象、說過的話和作品出現在上述媒體上。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

家長或學生 (18歲或以上)

## 可接受的技術使用政策，包括互聯網：

- 作為該學生的家長或監護人，我已閱讀可接受的使用政策並與我的孩子討論過該政策。我了解波士頓公立學校是為教育目的提供計算機的使用，以符合 BPS 的學術目標，學生將計算機用於任何其他目的是不恰當的。我承認 BPS 不可能限制訪問所有有爭議的材料，學校不會對在學校網絡上獲得的材料負責。我理解孩子在家中的電腦活動應該受到監督，因為它們會影響學校的學習環境。我在此允許我的孩子使用波士頓公立學校的計算機資源。
- 我不允許我的孩子在波士頓公立學校使用計算機資源，包括 Google Apps for Education。

簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## 學生必須簽署以下關於技術使用的聲明。

作為波士頓公立學校的學生，我明白使用學校網絡和電子郵件是一種特權，而不是權利。我理解我學校的網絡和電子郵件賬號都是屬於BPS的，而非私有的。BPS 有權隨時訪問我的信息。我理解，如果本協議未指定某類行為是否妥當，BPS 管理員將決定哪些行為是不適當的。我將以符合美國和馬薩諸塞州聯邦法律的方式使用技術。我明白，如果我遇到違反恰當使用規定的材料，我將立即通知成年人。

我理解並遵守可接受的使用政策。我將有效且負責任地將 BPS 技術資源用於與學校相關的目的。我不會以乾擾其他用戶活動的方式使用任何技術資源。我明白我行為的後果可能包括喪失技術使用特權和/或受學校紀律處分，正如行為準則和/或根據州和聯邦法律所規定的那樣。

學生簽名(5歲及以上) \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## Boston Saves (K2, 1, 和 2年級)

Boston Saves 是由波士頓市 (EDIC) 運營的兒童儲蓄賬戶計劃，旨在幫助 BPS 家庭為孩子的未來儲蓄，從 K2 開始，為每位符合條件的學生提供一個儲蓄賬戶，其中包括 50 美元用於大學或職業培訓。參與該計劃可以讓家庭為孩子的賬戶存儲更多的錢。在 [bostonsavescsa.org](http://bostonsavescsa.org) 了解更多信息並檢查自己是否符合資格。

如果您不想參加Boston Saves計劃，請在下方選擇退出，以表明您不允許 BPS 與Boston Saves工作人員共享以下數據：學生姓名、出生日期、州的學生識別號 (SASID)、學校、年級和家長 (法定監護人) 聯繫信息。

- 我不希望參加。

## 健康篩檢

作為每個學生學校健康記錄的一部分，波士頓公立學校 (BPS) 執行州規定的篩查。從 K1 到 10 年級定期對學生進行身高、體重、姿勢、視力和聽力篩查。

如果您不希望 BPS 篩查您的孩子，請勾選下面的框並簽名。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

馬薩諸塞州的所有學區都必須對 7 年級和 10 年級的學生進行物質 (毒品或酒精) 使用預防篩查。篩查工具稱為篩查、簡要干預措施和轉診治療 (SBIRT) 協議。SBIRT 協議促進了每個學生與學校護士或輔導員之間的一對一對話，以防止使用有害物質或至少延遲開始使用這些物質的時間，例如喝酒或抽食大麻。該計劃專注於加強健康的決定並解決與物質使用相關的行為，以提升學校的健康、安全和成功。如果您不希望 BPS 篩查您的孩子，請勾選下面的框並簽名。

我不同意授權波士頓公立學校對我孩子的物質使用 (SBIRT) 進行篩查。

簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 重要醫療信息

我了解如果我的孩子在學校期間需要醫療或服用藥物，學校將遵循的程序。我明白，萬一出現醫療緊急情況，學校能夠聯繫到我是極其重要的。

如果需要緊急醫療救助而我們無法聯繫到您，您是否授權學校工作人員尋求醫療救助？  是  否  
保險提供方:  BCBS  Tufts  HPHC  Medicaid  Mass Health  其他 \_\_\_\_\_

保單號碼 \_\_\_\_\_

醫生姓名 \_\_\_\_\_ 電話 # \_\_\_\_\_

如果您的孩子生病了，您帶他/她去的醫院/健康中心是: 地址 \_\_\_\_\_ 電話 # \_\_\_\_\_

您的孩子是否有任何學校護士應該注意的健康問題？請圈選：哮喘、糖尿病、癲癇、鐮狀細胞 (性狀/疾病) 威脅生命的過敏症、G 管喂食、焦慮、抑鬱。請描述任何其他症狀: \_\_\_\_\_

您的孩子有每天用藥嗎？  是  否 如果是，請在下方說明。

您的孩子是否在家里或學校“根據需要”服用藥物？  是  否 若需要，請在下方說明。

所有在學校服用任何種類藥物的學生都必須向學校護士出示帶有家長/監護人簽名的醫囑和容器上貼有藥房標籤的藥物。

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 \_\_\_\_\_