

Veuillez mettre à jour les données de l'élève sur [www.bostonpublicschools.org/contact](http://www.bostonpublicschools.org/contact).

Si cela n'est pas possible, veuillez remplir complètement ce formulaire. Les FORMULAIRES et les DÉCHARGES sur ces pages sont des DOCUMENTS JURIDIQUES. Les parents et les élèves doivent remplir et signer chaque section au besoin et retourner le formulaire complet de quatre pages à l'école de votre élève avant le 30 SEPTEMBRE 2022.

LYCÉENS / LYCÉENNES : Si vous ne voulez pas que votre nom soit divulgué aux recruteurs militaires et/ou universitaires, vous devez vérifier et signer la décharge à la page suivante. Votre parent n'a pas besoin de signer cette section.

Merci !

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom de l'École \_\_\_\_\_ Niveau \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Apt. N° \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date de naissance du parent/tuteur \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

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

Langue principale pour la communication des BPS à la famille \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur \_\_\_\_\_ Date de naissance du parent/tuteur \_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_

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

Langue principale pour la communication des BPS à la famille \_\_\_\_\_

Si un parent n'est pas joignable en cas d'urgence, ou en cas de maladie, veuillez indiquer deux adultes responsables à contacter ::

Nom/Tél. # (Dans la journée ou Portable) \_\_\_\_\_ Relation avec l'élève \_\_\_\_\_

Nom/Tél. # (Dans la journée ou Portable) \_\_\_\_\_ Relation avec l'élève \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres problèmes dont l'école devrait prendre connaissance ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

- ➊ Nous avons examiné le guide mis en ligne ([bostonpublicschools.org/familyguide](http://bostonpublicschools.org/familyguide)) ou imprimé des Écoles Publiques de Boston pour les Familles et les Élèves et les Règles en milieu scolaire pour l'école que fréquente mon enfant.
- ➋ Nous comprenons que le guide contient des informations importantes sur le partenariat maison-école, les Critères de Passage à la Classe Supérieure, l'assiduité scolaire, le Code de Conduite, l'exigence de résidence à Boston, la politique sur l'utilisation d'Internet par les élèves, les lois sur la discrimination, les dossiers des élèves, la prise en charge et le retour des manuels scolaires et des livres de bibliothèque, et d'autres règles et politiques de l'école.
- ➌ Nous comprenons que le Conseil d'École sur Site de l'école a approuvé les Règles en milieu scolaire et que les élèves qui les violent peuvent perdre certains privilèges.
- ➍ Nous nous engageons à travailler avec le personnel de l'école pour nous assurer que mon enfant aille à l'école tous les jours (sauf en cas d'absence justifiée) et fasse ses devoirs.
- ➎ Nous avons lu le résumé du Code de Conduite. Nous avons discuté du Code de Conduite. Nous acceptons de travailler avec le personnel de l'école pour nous assurer que mon enfant respecte le Code de Conduite.

Signature des parents \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature de l'élève \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Familles de militaires

- Veuillez vérifier si cet élève est (1) l'enfant de membres en service actif des forces armées, de la Garde Nationale et de la Réserve en service actif, ou (2) l'enfant de membres ou d'anciens combattants qui sont médicalement libérés ou à la retraite.

### Divulgence d'Informations aux Recruteurs Militaires et de l'Enseignement Supérieur

Les districts scolaires publics doivent communiquer les noms, adresses et numéros de téléphone des élèves du secondaire (lycée) aux recruteurs de l'armée des États-Unis et de l'enseignement supérieur. L'élève OU le parent a le droit de demander par écrit à ce que ces informations NE soient PAS communiquées. Si vous NE voulez PAS que ces informations soient divulguées, veuillez cocher une ou les deux cases et signer ci-dessous :

- NE PAS divulguer d'informations aux RECRUTEURS MILITAIRES.
- NE PAS divulguer d'informations aux RECRUTEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Parent OU élève (âgé d'au moins 14 ans)

### Divulgence d'informations aux Écoles à Charte

Comme l'exige la loi sur la réforme de l'éducation du Massachusetts, les districts scolaires publics doivent fournir aux écoles sous contrat les noms et adresses de leurs élèves à des fins de recrutement. Si vous NE voulez PAS que ces informations soient divulguées, veuillez cocher la case et signer ci-dessous :

- NE PAS divulguer d'informations aux ÉCOLES À CHARTE..

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Parent OU Élève (14 ans ou en neuvième année)

### Divulgence d'Informations du Répertoire des Élèves

Le district peut divulguer les « informations du répertoire » des élèves sans consentement écrit, à moins que vous n'avez indiqué en cochant la case ci-dessous que vous ne souhaitez pas que les informations soient divulguées. Les informations du répertoire sont des informations qui ne sont généralement pas considérées comme nuisibles ou comme une atteinte à la vie privée si elles sont divulguées. Son objectif principal est de permettre au district d'inclure ce type d'informations dans certaines publications scolaires, telles qu'un recueil annuel, un bulletin d'information, une affiche ou un tableau d'honneur. Les informations du répertoire comprennent les éléments suivants : le nom de l'élève, son âge, sa classe ou son niveau, et ses dates d'inscription.

Sauf indication contraire de votre part, le district peut divulguer des informations du répertoire dans des circonstances limitées. Le district se réserve le droit de retenir toute information si le district estime que cela est dans le meilleur intérêt de nos élèves. Cependant, le district divulguera les informations requises par la loi.

Veuillez cocher la case ci-dessous si vous ne souhaitez pas que le district divulgue les informations du répertoire de votre élève.

- Je ne souhaite pas que les informations du répertoire de mon enfant soient divulguées. En sélectionnant cette option, je comprends que le nom et la photo de mon enfant NE seront PAS inclus dans le recueil annuel, les bulletins d'information, les programmes et autres publications du district et de l'école. Les informations du Répertoire ne seront pas divulguées à des organismes partenaires qui pourraient fournir des services aux élèves.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Parent OU Élève (14 ans ou en neuvième année)

## Apparitions dans les médias

- J'autorise les Écoles Publiques de Boston à enregistrer, filmer, photographier, interviewer ou exposer publiquement, distribuer ou publier sous forme imprimée et électronique le nom, l'apparence, les paroles et les travaux de mon fils/ma fille au cours de l'année scolaire 2021-2022, que ce soit entrepris par le personnel de l'école, les élèves ou toute personne extérieure à l'école, y compris les médias. J'accepte que les Écoles Publiques de Boston puissent partager ou permettre à d'autres de partager sans limitation ni compensation. Je libère l'école de mon enfant et le personnel des Écoles Publiques de Boston de toute réclamation découlant de l'apparence ou de la participation de mon enfant à ces travaux.
- JE N'autorise PAS que le nom, l'apparence, les paroles et les œuvres de mon fils/ma fille apparaissent dans les médias comme décrit ci-dessus.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Parent OU élève (âgé d'au moins 18 ans)

## Politique d'Usage Acceptable de l'Informatique, y compris d'Internet :

- En tant que parent ou tuteur de cet élève, j'ai lu la Politique d'Utilisation Acceptable et en ai discuté avec mon enfant. Je comprends que l'accès à l'ordinateur est fourni dans les Écoles Publiques de Boston à des fins éducatives conformément aux objectifs académiques de BPS, et que l'utilisation par les élèves à d'autres fins est inappropriée. Je reconnais qu'il est impossible pour BPS de restreindre l'accès à tout matériel controversé, et je ne tiendrai pas l'école responsable des matériels acquis sur le réseau scolaire. Je comprends que les activités informatiques des enfants à la maison doivent être supervisées car elles peuvent affecter l'environnement scolaire à l'école. Par la présente, j'autorise mon enfant à utiliser les ressources informatiques des Écoles Publiques de Boston.
- Je N'autorise PAS mon enfant à utiliser des ressources informatiques, y compris les applications de Google pour l'Enseignement, dans les Écoles Publiques de Boston.

Signature du parent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## LES ÉLÈVES DOIVENT SIGNER LA DÉCLARATION CI-DESSOUS CONCERNANT L'UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE :

En tant qu'élève des Écoles Publiques de Boston, je comprends que l'utilisation du réseau scolaire et du courrier électronique est un privilège et non un droit. Je comprends que mon réseau scolaire et mes comptes de messagerie appartiennent aux BPS et ne sont pas privés. BPS ont le droit d'accéder à mes informations à tout moment. Je comprends que les administrateurs de BPS décideront quelle conduite est inappropriée si une telle conduite n'est pas spécifiée dans cet accord. Je vais utiliser la technologie d'une manière conforme aux lois des États-Unis et du Commonwealth du Massachusetts. Je comprends que je dois informer immédiatement un adulte si je rencontre du matériel qui enfreint l'utilisation appropriée.

Je comprends et respecterai la Politique d'Utilisation Acceptable. J'utiliserai les ressources technologiques des BPS de manière productive et responsable à des fins scolaires. Je n'utiliserai aucune ressource technologique de manière à perturber les activités des autres utilisateurs. Je comprends que les conséquences de mes actions pourraient inclure une perte possible de privilèges technologiques et/ou des mesures disciplinaires à l'école comme indiqué dans le Code de Conduite et/ou des poursuites en vertu de la loi fédérale et de l'État.

Signature de l'élève (âgé d'au moins 5 ans) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Boston Saves (pour les classes K2, 1 et 2)

Boston Saves est un programme de compte d'épargne pour enfants géré par la ville de Boston (EDIC) dans le but d'aider les familles BPS à épargner pour l'avenir de leurs enfants, à partir du K2, en fournissant à chaque élève éligible un compte d'épargne qui contient 50 \$ pour une formation universitaire ou professionnelle. La participation au programme permet aux familles de gagner plus d'argent pour le compte de leur enfant. En savoir plus et vérifier l'éligibilité sur [bostonsavescsa.org](http://bostonsavescsa.org).

Si vous ne souhaitez pas participer à Boston Saves, veuillez vous désinscrire ci-dessous pour indiquer que vous n'autorisez pas BPS à partager les données suivantes avec le personnel du programme Boston Saves : nom de l'élève, date de naissance, numéro d'identification unique de l'élève (SASID), les coordonnées de l'école, de l'année d'études et des parents (tuteur légal).

- Je ne souhaite pas participer.

## Dépistage de la Santé

Dans le cadre du dossier de santé scolaire de chaque élève, les Écoles Publiques de Boston (BPS) effectuent des dépistages déterminés par l'État. Les élèves sont examinés périodiquement au niveau de la taille, du poids, de la posture, de la vue et de l'audition de la maternelle à la 10e année.

Cochez la case ci-dessous et signez si vous NE voulez PAS que BPS réalisent le dépistage sur votre enfant.

- Je N'autorise PAS les Écoles Publiques de Boston à dépister mon enfant pour sa taille, son poids, sa posture, sa vision et son audition.

Signature du Parent/Tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Tous les districts scolaires du Massachusetts sont tenus d'inclure un dépistage préventif de la consommation de substances pour les élèves de 7e et 10e année. L'outil de dépistage s'intitule le protocole de Dépistage, d'Intervention Brève et de Référence au Traitement (SBIRT). Le protocole SBIRT facilite une conversation en tête-à-tête entre chaque élève et une infirmière ou un conseiller scolaire dans le but d'empêcher ou au moins de retarder le début de la consommation de substances nocives, telles que l'alcool ou la marijuana. Ce programme vise à renforcer les décisions saines et à aborder les comportements liés à la consommation de substances dans le but d'améliorer la santé, la sécurité et la réussite à l'école. Cochez la case ci-dessous et signez si vous NE voulez PAS que BPS réalisent le dépistage sur votre enfant.

- Je N'autorise PAS les Écoles Publiques de Boston à dépister la consommation de substances de mon enfant (SBIRT).

Signature du Parent/Tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Informations Médicales Importantes

Je comprends les procédures que l'école suivra si mon enfant a besoin d'un traitement médical ou prend des médicaments pendant le temps à l'école. Je comprends qu'il est extrêmement important que l'école puisse me joindre en cas d'urgence médicale.

**Si des soins médicaux d'urgence sont nécessaires et que nous ne pouvons pas vous joindre, autorisez-vous le personnel de l'école à solliciter le traitement médical ?**  OUI  NON

Fournisseur d'assurance:  BCBS  Tufts  HPHC  Medicaid  Mass Health  Autre \_\_\_\_\_

Numéro de police \_\_\_\_\_

Nom du Médecin \_\_\_\_\_ Tél. # \_\_\_\_\_

Hôpital/Centre de Santé où vous emmenez votre enfant s'il/elle est malade : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Tél. # \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé dont l'infirmière scolaire devrait prendre connaissance ? Veuillez entourer : ASTHME, DIABÈTE, CONVULSION, DRÉPANOCYTOSE (TRAIT/MALADIE) ALLERGIE MORTELLE, ALIMENTATION PARTUBE G, ANXIÉTÉ, DÉPRESSION. Veuillez préciser tout autre problème :

Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement?  OUI  NON Si oui, veuillez l'indiquer ci-dessous.

Votre enfant prend-il des médicaments « au besoin » à la maison ou à l'école ?  OUI  NO Si oui, veuillez l'indiquer ci-dessous. \_\_\_\_\_

*Tous les élèves prenant des médicaments de quelque nature que ce soit à l'école doivent présenter à l'infirmière scolaire une ordonnance du médecin avec la signature d'un parent/tuteur et le médicament dans le contenant étiqueté de la pharmacie.*

Nom du (des) médicament(s) \_\_\_\_\_ Heure(s) de prise \_\_\_\_\_

Allergies: Alimentation \_\_\_\_\_ Médicament \_\_\_\_\_ latex \_\_\_\_\_ Piqûre d'abeille \_\_\_\_\_

Problème de vue connu ?  OUI  NON Lunettes en tout temps  A temps partiel  Pour quelles activités ? \_\_\_\_\_

Problème d'audition connu ?  OUI  NON Appareil auditif :  OUI  NON

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale, une maladie ou des blessures au cours de la dernière année ? Si oui, veuillez préciser :

L'enfant a-t-il reçu un diagnostic de traumatisme crânien ou de commotion cérébrale au cours de la dernière année ? Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Signature du Parent/Tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_