

請更新學生資訊，網址為：www.bostonpublicschools.org/contact

如果無法存取，請完整填寫此表格。這些頁面的表格和發行版本為法律文件。家長和學生應依照規定填寫並簽署每個區段，並在 9 月 30 日將四頁表格繳回您學生的學校。

高中學生：如果您不希望將姓名發佈給募兵人員或大學招生人員，您必須在下一頁勾選並簽署發行版本。您的父母不需要簽署此區段。
謝謝！

學生姓名 _____	出生日期 _____
學校名稱 _____	年級 _____ 教室 _____ 地址 _____
	公寓編號 _____ 郵政編碼 _____
家長／監護人姓名 _____	家長／監護人出生日期 _____ 電話號碼：家用電話 _____
行動電話 _____	工作電話 _____
電子郵件 _____	
BPS 與家庭通訊的主要語言 _____	家長／監護人姓名 _____
	家長／監護人出生日期 _____ 電話號碼：家用電話 _____ 行動電話 _____
	工作電話 _____
電子郵件 _____	
BPS 與家庭通訊的主要語言 _____	如果緊急、生病時無法聯絡家
長，請列出兩位負責任的成人聯絡人：	
姓名／電話號碼（白天或行動電話） _____	與學生的關係 _____
姓名／電話號碼（白天或行動電話） _____	與學生的關係 _____
是否有學校應注意的任何其他問題？如果是如此，請解釋： _____	

- ❶ 我們已在線上查閱 (bostonpublicschools.org/familyguide) 或列印波士頓公立學校家庭與學生指南，以及孩子就讀學校的學校為本規則。
- ❷ 我們瞭解指南包含以下相關重要資訊：家庭-學校夥伴關係、升學政策、學校出席率、行為準則、波士頓居住需求、學生的網際網路使用政策、歧視法律、學生記錄、教科書與圖書館書籍的管理與歸還，以及其他學校規則與政策。
- ❸ 我們瞭解學區的學校家長參事會已核准學校為本規則與違規學生可能損失特定特殊權限。
- ❹ 我們同意與學校教職員合作確保我的孩子能夠每天上學（請假缺席除外）並完成功課。
- ❺ 我們已閱讀行為準則的摘要。我們已討論行為準則。我們同意與學校教職員合作確保我的孩子能夠遵循行為準則。

家長簽名 _____ 日期 _____

學生簽名 _____ 日期 _____

學生姓名 _____ 學號 (若已知) _____

軍人家庭

- 請檢查此學生是否為 (1) 國民警衛隊與預備部隊軍警部門現役命令的現役成員，或是 (2) 因病退伍或退休之成員或退伍軍人的孩子。

資料發佈給募兵人員與高等教育招生人員

公立學校學區必須將中學 (高中) 學生的姓名、地址及電話號碼發佈給：

美國募兵人員與高等教育招生人員。學生或家長有權以書面要求不發佈此資訊。如果您不想要發佈此資訊，請勾選一或兩個方塊並在下方簽署：

- 請勿將資訊發佈給募兵人員。
- 請勿將資訊釋出給高等教育招生人員。

簽名 _____ 日期 _____

家長或學生 (年滿 14 歲以上)

資料發佈給特許學校

依據麻薩諸塞州教育改革法規定，公立學校學區必須向特許學校提供其學生的姓名與地址以供招生用途使用。如果您不想要發佈此資訊，請勾選方塊並在下方簽署：

- 請勿將資訊發佈給特許學校。

簽名 _____ 日期 _____

家長或學生 (年滿 14 歲或 9 年級)

學生目錄資訊發佈

學區可在未經書面同意的情況下發佈學生「目錄資訊」，除非您勾選下方方塊表示不想發佈資訊。目錄資訊是通常不會視為在發佈後有害或侵犯私隱權的

資訊。其主要用途是允許學區在特定學校刊物加入此類資訊，例如年刊、電子報、海報或榮譽榜。目錄資訊包括下列內容：學生的姓名、年齡、班級或年級及註冊日期。

除非您另有說明，否則學區可在有限情況下發佈目錄資訊。如果學區認為這符合我們學生的最佳利益，則他們保留拒絕提供任何資訊的權利。但是，學區會依法披露資訊。

如果您不希望學區發佈您學生的目錄資訊，請勾選下方方塊。

- 我不希望發佈本人孩子的目錄資訊。選擇此選項即表示本人瞭解我孩子的姓名及 ~~/~~或照片不包括在年刊、電子報、計畫及其他學區與學校刊物。目錄資訊不會發佈給可能向學生提供服務的合作夥伴組織。

簽名 _____ 日期 _____

家長或學生 (年滿 14 歲或 9 年級)

學生姓名 _____ 學號 (若已知) _____

媒體形象

- 我向波士頓公立學校授權在 2022-2023 學年錄製、拍攝、拍照或公開展示、分發，或是以印刷及電子媒體形式出版本人兒子／女兒的姓名、形象、口說內容及作品，無論是由學校教職員、學生或任何學校外部人員進行，包括媒體。我同意波士頓公立學校可分享或允許其他人分享，且不受限制或補償影響。我免除本人孩子就讀學校與波士頓公立學校教職員，因本人孩子出現或參與這些作品而引起的任何索償。
- 我不授權我兒子／女兒的姓名、形象、口說內容及作品出現在上述媒體。

簽名 _____ 日期 _____

家長或學生 (年滿 18 歲以上)

網際網路等科技的合理使用政策

- 身為該名學生的家長或監護人，我已閱讀合理使用政策並與我孩子完成討論。我瞭解波士頓公立學校基於教育目的提供電腦存取是為符合 BPS 學業目標，且學生出現其他使用目的皆為不適當的行為。我承認 BPS 不可能限制存取所有爭議性教材，且我不會要求學校對在學校網路上獲取的教材負責。我瞭解孩子在家中的電腦活動應受到監督，因為它們會影響學校的學業環境。我在此授權本人孩子在波士頓公立學校中使用電腦資源。
- 我不授權我孩子在波士頓公立學校中使用電腦資源，包括 Google 教育應用程式。

家長簽名 _____ 日期 _____

學生必須簽署下方與科技使用相關的聲明：

身為波士頓公立學校的學生，我瞭解使用學校網路與電郵是特殊全縣，而不是權利。我瞭解我的學校網路與電郵帳號歸 BPS 所有，而不屬於私人財產。BPS 有權隨時存取我的資訊。我瞭解如果本協議中未指定此類行為，則由 BPS 管理員決定哪些是不適當的行為。我會依照美國與麻薩諸塞州聯邦法律的方式使用科技。我瞭解如果本人遇到違反適當用途的教材，即會立即通知成年人。

我瞭解且會遵守合理使用政策。我會有效且負責任地將 BPS 科技資源用於學校相關目的。我不會以干擾其他使用者活動的方式使用任何科技資源。我瞭解個人行為的後果可能包括可能喪失科技特殊權限，以及如行為準則中所述的學校紀律處分，並依據州法與聯邦法律進行起訴。

學生簽名 (年滿 5 歲以上) _____ 日期 _____

波士頓儲蓄 (針對 K2、1 及 2 年級)

「波士頓儲蓄」是波士頓市 (EDIC) 營運的計畫，旨在協助 BPS 家庭為孩子的未來儲蓄，方法是向每位合格學生提供儲蓄帳號，其中包括 \$50 可用於大學或職業生涯訓練。參與該計畫可讓家庭在指定帳號中儲蓄，以便獲取額外的金錢獎勵。如需深入瞭解並檢查資格，請前往 bostonsavescsa.org。

如果您不想參加「波士頓儲蓄」，請在下方選擇退出以表示本人不允許 BPS 與「波士頓儲蓄」計畫教職員分享下列資料：學生姓名、出生日期、州政府唯一學生識別碼 (SASID)、學校、年級及家長 (法定監護人) 的聯絡資訊。我不希望參與。

- 我不希望參與。

學生姓名 _____ 學號 (若已知) _____

健康篩檢

作為每位學生學校健康記錄的一部分，波士頓公立學校會執行州政府規定的篩檢。從 K1 至 10 年級，學生會定期接受身高、體重、體態、視力及聽力篩檢。

如果您不希望 BPS 篩檢您的孩子，請勾選下方方塊並簽署。

- 我不授權波士頓公立學校篩檢我孩子的身高、體重、體態、視力及聽力。

家長簽名 _____ 日期 _____

麻薩諸塞州所有學區均須針對 7 年級與 10 年級的學生，進行藥物使用的預防性篩檢。篩檢工具稱為篩檢、簡短干預及轉診治療 (SBIRT) 方案。SBIRT 方案促進每位學生與學校護士或輔導員之間的一對一交談，以便努力防止或至少延遲開始使用有害物質的情況，例如酒精或大麻。此計畫重點在於加強健康決策並解決與藥物使用有關的行為，以便達成改善學校健康、安全及成功的目標。

如果您不希望 BPS 篩檢您的孩子，請勾選下方方塊並簽署。

- 我不授權波士頓公立學校篩檢我孩子的藥物使用情況 (SBIRT)。

家長簽名 _____ 日期 _____

重要醫療資訊

我瞭解學校在本人孩子在校內需要治療及/或服用藥物時所遵循的程序。我瞭解在發生醫療緊急情況時，學校一定要聯絡到我。

如果需要緊急醫療照護且我們聯絡不到您，您是否授權學校教職員尋求藥物治療？

- 是 否

保險提供者： BCBS (藍十字藍盾) Tufts (塔夫斯保險) HPHC (哈佛朝聖者) Medicaid (聯邦醫療補助)

Mass Health (麻薩諸塞州健康保險) 其他_政策編號 _____

醫生姓名 _____ 電話號碼 _____

您在孩子生病時帶他/她去的醫院/健康中心： _____

地址 _____ 電話號碼 _____

您的孩子是否患有學校應注意的任何健康問題？請圈選：哮喘、糖尿病、癲癇、鐮刀型貧血 (特質/症狀)、危及生命的過敏症、胃造瘻口管餵食、焦慮症、憂鬱症。請說明任何其他症狀： _____

您的孩子是否每日服藥？ 是 否 如為是，請在下方說明。

您的孩子是否在家中或校內「視需要」服藥？ 是 否 如為是，請在下方說明。

如果是在校內服用任何種類藥物的任何學生，則必須向護士出示附上家長/監護人簽名的醫囑，以及裝在藥局標籤容器中的藥物。

藥物名稱 _____ 服用時間： _____

過敏因素：食物 _____ 藥物 _____ 乳膠 _____ 蜂刺傷 _____

有已知視力問題？ 是 否 隨時配戴眼鏡 兼職 什麼活動？ _____

有已知聽力問題？ 是 否 助聽器： 是 否

孩子在去年是否經歷過手術、生病或受傷的狀況？如果是如此，請說明： _____

孩子在去年是否經診斷有頭部傷害或腦震盪？如果是如此，請說明： _____

家長簽名 _____ 日期 _____