

## Registration Checklist for Preschool

### قائمة مراجعة التسجيل لمرحلة ما قبل المدرسة

#### مرحبًا بكم في مدارس تروي! Welcome to Troy Schools!

Please complete one Registration Packet for every child you are registering. Once you have completed the Registration Packet, please submit the packet and required documents, noted below, to the Central Registration Department.

يرجى استكمال حزمة تسجيل واحدة لكل طفل تقوم بتسجيله. بمجرد الانتهاء من حزمة التسجيل ، يرجى تقديم الحزمة والمستندات المطلوبة ، المذكورة أدناه ، إلى إدارة التسجيل المركزية.

You may submit the packet and documents in any one of the following methods:

يمكنك إرسال الحزمة والمستندات بأي من الطرق التالية:

- Email the packet and documents to [reg@troycsd.org](mailto:reg@troycsd.org)

أرسل الحزمة والمستندات بالبريد الإلكتروني إلى العنوان أعلاه

*Please note documents must be clear and easily readable*

يرجى ملاحظة أن المستندات يجب أن تكون واضحة وسهلة القراءة

- Fax the packet and documents to 518-271-5445 بالفاكس

- Call Central Registration (518-328-5007) to schedule a time to drop off the packet and documents in the School 12 lobby located at 475 First Street

اتصل بالتسجيل المركزي على الرقم أعلاه لتحديد موعد لتسليم الحزمة والمستندات في ردهة المدرسة ١٢ الواقعة في ٤٧٥ الشارع الأول

- Mail the packets and documents to: إرسال الحزم والمستندات بالبريد إلى العنوان التالي:

Troy City School District  
School 12 Central Registration  
475 First Street  
Troy, NY 12180

## قائمة التحقق من المستندات المطلوبة Required documents checklist

- (1) شهادة صحية موقعة من الطبيب Health Certificate signed by a doctor
- (2) سجل التطعيمات الحديثة Up-to-date Immunization Record
- (3) شهادة الميلاد Birth Certificate
- (4) Proof of Residency (one of the following must be provided)  
إثبات الإقامة (يجب تقديم واحد مما يلي)
  - فاتورة أو وديعة خدمات (مؤرخة قبل 30 يومًا من التسجيل) Utility bill or deposit (dated 30 days prior to registration)
  - عقد إيجار أو عقد إيجار Lease or rental agreement
  - بيان الرهن العقاري Mortgage Statement
  - إفادة خطية من الإقامة Affidavit of ResidenceOnly applies if parent lives in a dwelling that they do not lease or own in their name.  
The affidavit can be found at <https://www.troycsd.org/district-services/registration/>  
ينطبق فقط إذا كان أحد الوالدين يعيش في مسكن لا يستأجره أو يمتلكه باسمه. يمكن العثور على الشهادة على
- (5) تحديد صورة الوالد / ولي الأمر Photo Identification of Parent/Guardian
- (6) شهادة صحة الأسنان (اختياري) Dental Health Certificate (optional)

**Your child's registration will not be complete unless you have received verification from the Central Registration Department.**  
لن يكتمل تسجيل طفلك إلا إذا تلقت تأكيدًا من إدارة التسجيل المركزية.

**Questions?** اتصل بالتسجيل المركزي على 518-328-5007 Contact Central Registration at 518-328-5007  
رقم الفاكس 518-271-5445 Fax#  
البريد الإلكتروني [reg@troycsd.org](mailto:reg@troycsd.org) Email:  
قسم التربية الخاصة 518-328-5075 Special Education Department at 518-328-5075

**المترجمة: نيكول** Arabic Interpreter: Nicole 518-431-9281

### يرجى الملاحظة Please Note:

It will be necessary for you to return to Central Registration and complete an entire District Registration packet if your child continues on to Pre kindergarten or Kindergarten with the Troy City School District.

سيكون من الضروري لك العودة إلى التسجيل المركزي وإكمال حزمة تسجيل المنطقة بأكملها إذا استمر طفلك في مرحلة ما قبل الحضانة أو روضة الأطفال في منطقة مدارس تروي سيتي التعليمية.

## استبيان السكن Housing Questionnaire

Name of School اسم المدرسة : \_\_\_\_\_ Grade الصف : \_\_\_\_\_

Name of Student : \_\_\_\_\_

اسم الطالب Last الكنية First الاسم الأول Middle الاسم الاوسط

Gender الجنس : Male ذكر Female أنثى Date of Birth الميلاد تاريخ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month شهر Day يوم Year سنة

Address العنوان : \_\_\_\_\_ Zip الرمز البريدي : \_\_\_\_\_

Phone الهاتف : \_\_\_\_\_

**This questionnaire is intended to help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.**

يهدف هذا الاستبيان إلى مساعدة المنطقة التعليمية على تحديد الخدمات التي قد تتمكن أنت أو طفلك من تلقيها بموجب قانون ماكينني فينتو. يحق للطلاب الذين يتمتعون بالحماية بموجب قانون ماكينني فينتو التسجيل الفوري في المدرسة حتى إذا لم يكن لديهم المستندات المطلوبة عادةً ، مثل إثبات الإقامة أو السجلات المدرسية أو سجلات التحصين أو شهادة الميلاد. يمكن للطلاب الذين يتمتعون بالحماية بموجب قانون ماكينني فينتو الحصول على مواصلات مجانية وخدمات أخرى.

Where is the student currently living? – Please check one box.

اين يعيش الطالب حالياً؟ - الرجاء تحديد خانة واحدة.

- In permanent housing في سكن دائم
- In a shelter في ملجأ
- In a motel/hotel في نزل / فندق
- With another family or person because of loss of housing or economic hardship مع عائلة أو شخص آخر بسبب فقدان السكن أو المصاعب الاقتصادية
- In a car, park, bus, train, or campsite في السيارة أو الموقف أو الحافلة أو القطار أو المخيم
- Other temporary living situation \_\_\_\_\_ حالات معيشية مؤقتة أخرى

\_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian or Student, please print  
اسم ولي الأمر / الوصي أو الطالب ، يرجى طباعته

X \_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian or Student  
توقيع ولي الأمر / الوصي أو الطالب

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ

يتلقى حاليًا خدمات في منطقة أخرى  **Currently receiving services in another district** هل طفلك  **Is your child**  
 بدء عملية التقييم  **Beginning the evaluation process** أو  **OR**

أسم الطالب **STUDENT NAME**:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 الكنية Last / الوسط Middle / الاول First

الاسم الأخير لولي الأمر / الوصي الذي يعيش معه الطالب **Last Name of Parent/Guardian with whom student is living**:

Address: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **NY** \_\_\_\_\_  
 العنوان Street الشارع / شقة Apt/Fir / المدينة City / State الرمز البريدي Zip

Household Phone Number: \_\_\_\_\_ Is this a cell phone:  Yes نعم  No كلا  
 رقم هاتف الأسرة هل هذا هاتف محمول:

What language is spoken in the student's home: \_\_\_\_\_ Are translation services needed:  Yes نعم  No كلا  
 ما هي اللغة التي يتم التحدث بها في منزل الطالب هل خدمات الترجمة مطلوبة

Ethnicity: Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin?  Yes, Hispanic  No, not  
 العرق: هل الطالب من أصل إسباني، لاتيني أم إسباني؟  نعم ، من أصل إسباني  لا ، ليس من أصل إسباني

Race: Select one or more races from the following five racial groups  
 العرق: حدد عرقًا واحدًا أو أكثر من المجموعات العرقية الخمس التالية  
 Black أسود  White أبيض  Asian آسيوي  American Indian or Alaska Native هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين  
 Native Hawaiian or other Pacific Islander من سكان هاواي الأصليين أو غيرهم من سكان جزر المحيط الهادئ

Gender الجنس:  Male ذكر  Female أنثى  
 What language does the student speak and understand the most: \_\_\_\_\_  
 ما هي اللغة التي يتحدث بها الطالب ويفهمها أكثر

Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Place of Birth: \_\_\_\_\_  
 مكان الميلاد تاريخ ولادة City المدينة State الولاية Country المقاطعة

Has the student previously attended a school in Troy  Yes نعم  No لا  
 هل التحق الطالب سابقًا بمدرسة في تروي  
 إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هي المدرسة \_\_\_\_\_

Registering for Grade الصف: \_\_\_\_\_

Has the student attended school in the USA  Yes نعم  No لا  
 هل التحق الطالب بالمدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية  
 إذا كانت الإجابة بنعم ، عدد سنوات الالتحاق بالمدارس الأمريكية \_\_\_\_\_

Does the student have a parent/guardian on active duty in the Armed Forces?  Yes نعم  No كلا  
هل لدى الطالب ولي أمر / وصي احد في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة

**Office Use Only**

NCLB  SP  Summer Serv

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Home School: \_\_\_\_\_

School Enrolled: \_\_\_\_\_

Documents provided to the district:

- Photo ID  
 Proof of Residency  
     National Grid Bill  
     Lease  
     Notarized Landlord Letter  
 Emp ID  
     Mortgage Statement  
     Other \_\_\_\_\_  
     MCKINNEY-VENTO

Enrollment Exceptions:

- Wynantskill student  Permission Rcvd  
 N. Greenbush student  Permission Rcvd  
 Employee's child – District \_\_\_\_\_  
 Foreign Exchange  
 Tuition Paying – District \_\_\_\_\_

- Birth Certificate  Passport  
 Court Papers  
     DSS 299-District \_\_\_\_\_  
     Custody  
     Parent/Custodial Affidavits  
     Adoption

- Lunch Form Completed  
 Network Form  
 Immunization  14 Day Letter  
 Religious Exemption  
 Physical  
 Dental certificate

**Parent/Guardian Information الوصي / الوالد / الوصي**

**Mother/ Guardian الوصي / الأم:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
First الأول Middle Initial اول حرف من اسم الأب Last الكنية

Relationship to child الوصي القانوني  Legal Guardian  زوج الأم  Step-parent  الأم  Mother  نوع القرابة  Foster Parent  الوالد بالتبني  Other أخرى \_\_\_\_\_

Resides in Home المنزل  Yes نعم  No لا  الوالد الوصي  Custodial Parent  Yes نعم  No لا

Is to receive Correspondence لتلقي المراسلات  Yes نعم  No لا

Mailing Address if different from above: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
العنوان البريدي - إذا كان مختلفا عن أعلاه Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ هاتف المنزل Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ هاتف العمل Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي

**Email Address:** \_\_\_\_\_ Phone call priority (1-3): Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
عنوان البريد الإلكتروني أولوية المكالمات الهاتفية (1-3) المنزل العمل الخليوي

**Father/ Guardian الوصي / الأب:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
First الأول Middle Initial اول حرف من اسم الأب Last الكنية

Relationship to child الوصي القانوني  Legal Guardian  زوجة الأب  Step-parent  الاب  Father  نوع القرابة  Foster Parent  الوالد بالتبني  Other أخرى \_\_\_\_\_

Resides in Home  لا  Yes نعم  No لا Custodial Parent الوالد الوصي  Yes نعم  No لا

Is to receive Correspondence  لا  Yes نعم  No لا لتلقي المراسلات

Mailing Address if different from above: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن أعلاه) Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي  
Street Apt/Flr City State Zip

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي

**Email Address:** \_\_\_\_\_ Phone call priority (1-3): Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
عنوان البريد الإلكتروني أولوية المكالمات الهاتفية (1-3) المنزل العمل الخليوي

**Other Children Living in the Household –Please include children not of school age**

**الأطفال الآخرون الذين يعيشون في الأسرة - يرجى إدراج الأطفال الذين ليسوا في سن المدرسة**

Name الاسم: \_\_\_\_\_ Date of Birth الميلاد تاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gender الجنس:  Male ذكر  Female أنثى Past Registrant مسجل سابق  Yes نعم  No لا

Name الاسم: \_\_\_\_\_ Date of Birth الميلاد تاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Gender الجنس:  Male ذكر  Female أنثى Past Registrant مسجل سابق  Yes نعم  No لا

**Please list the names of ANY and ALL persons Troy City School District is allowed to contact or release your child to in case of an emergency, including illness, serious injury, early dismissal of school or an evacuation emergency.**

يرجى ذكر أسماء أي وجميع الأشخاص المسموح لهم بالاتصال بطفلك أو إطلاق سراحه في حالة الطوارئ ، بما في ذلك المرض أو الإصابة الخطيرة أو الفصل المبكر من المدرسة أو حالة طوارئ الإخلاء.

**Emergency Contact 1** جهة اتصال الطوارئ 1

Name الاسم: \_\_\_\_\_ Relationship to Student نوع القرابة: \_\_\_\_\_  
شخص آخر غير ولي الأمر *Other than parent/guardian*

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي

Address: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact 2** جهة اتصال الطوارئ 2

Name الاسم: \_\_\_\_\_ Relationship to Student نوع القرابة: \_\_\_\_\_  
شخص آخر غير ولي الأمر *Other than parent/guardian*

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي

Address: \_\_\_\_\_

**Emergency Contact 3** جهة اتصال الطوارئ 3

Name الاسم: \_\_\_\_\_ Relationship to Student نوع القرابة: \_\_\_\_\_  
شخص آخر غير ولي الأمر *Other than parent/guardian*

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي

Address العنوان: \_\_\_\_\_

## Additional Emergency Contacts جهات اتصال إضافية للطوارئ:

### Legal Information (If Applicable) (ان وجدت)

If parents are divorced or separated, is there a court approved custody document?  Yes  No  
إذا كان الوالدان مطلقين أو منفصلين ، فهل هناك وثيقة حضانة معتمدة من المحكم  نعم  كلا

Who retains legal custody بالحضانة القانونية من يحتفظ بالحضانة القانونية \_\_\_\_\_  
Relationship to child نوع القرابة \_\_\_\_\_

If joint, who has residential (primary physical) custody (جسدية أولية)؟ إذا كان مشتركًا ، فمن لديه وصاية سكنية \_\_\_\_\_

Legal guardianship document provided وثيقة الوصاية القانونية المقدمة  Yes  No  
Is the student in the care of a guardian(s) other than his/her mother or father? هل الطالب في رعاية ولي أمر غير والدته أو والده؟  نعم  كلا

If yes, name of legal guardian(s) (الأوصياء) القانونيين إذا كانت الإجابة بنعم ، اسم الوصي \_\_\_\_\_  
Relationship to child نوع القرابة \_\_\_\_\_

Is the student in foster care (رعاية التبني) في رعاية التبني؟  Yes نعم  No لا If yes, please provide copy of placement order (DSS-2999) (خطة التنسيب) ، يرجى تقديم نسخة من أمر التنسيب

### Additional Services (If Applicable) (ان وجدت)

#### Special Education Services خدمات التربية الخاصة

Does the student currently have an IEP (Individualized Education Plan)  Yes نعم  No لا  
هل لدى الطالب حاليًا (خطة التعليم الفردي) IEP هل لدى الطالب حاليًا

Does your child receive any of the following type of services? هل يتلقى طفلك أيًا من أنواع الخدمات التالية؟  
 Consultant Teacher  Self-Contained Classroom  Resource Room  Out of District Class (BOCES or QUESTAR)  Yes نعم  No لا  
مدرس استشاري فصل دراسي مستقل غرفة موارد خارج فئة المنطقة

#### Related Services الخدمات ذات الصلة

Speech and Language Therapy  Occupational Therapy  Physical Therapy  Counseling  Other, please describe  
علاج وظيفي علاج النطق واللغة علاج فيزيائي الاستشارة أخرى ، يرجى التوضيح

#### Academic Intervention Services (AIS/Remedial) (العلاج / AIS) خدمات التدخل الأكاديمي

Math  English Language Arts  Science  Social Studies  
الرياضيات فنون اللغة الإنجليزية العلوم الدراسات الاجتماعية

#### Other Services خدمات أخرى

504 Plan  خطة

English as a New Language (ENL)  اللغة الإنجليزية كلغة جديدة

If yes how many years of service (خدمة) ، فما عدد سنوات الخدمة \_\_\_\_\_

Other  أخرى \_\_\_\_\_

If your child requires special education or English as a new language services, he or she may not be attending their home school. If it is feasible, do you wish for siblings to attend the same school?

إذا كان طفلك يحتاج إلى تعليم خاص أو اللغة الإنجليزية كخدمات لغوية جديدة ، فربما لا يذهب إلى المدرسة المنزلية. إذا كان ذلك ممكناً ، فهل ترغب في أن يذهب أشقائه إلى نفس المدرسة

كلا NO نعم YES

**IF REGISTERING FOR PREK –Is or will your child be receiving Summer Service this year** نعم No لا

في حالة التسجيل في الحجز - هل سيتلقى طفلك الخدمة الصيفية هذا العام أو سيتلقى ذلك

**Other Information** معلومات أخرى

Has the family moved within the past 3 years to obtain migratory employment? نعم No لا

هل انتقلت الأسرة خلال السنوات الثلاث الماضية للحصول على عمل مهاجر؟

\*If yes, complete the Migrant Education Form located at the end of the packet.

\* إذا كانت الإجابة بنعم ، أكمل نموذج تعليم المهاجرين الموجود في نهاية الحزمة.

**Parent Statement** بيان الوالد

I certify that the above information is true and correct. Any misinformation regarding residency may result in being billed to cover the cost of instruction and/or exclusion from attending the Troy City School District.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وصحيحة. قد ينتج عن أي معلومات خاطئة بشأن الإقامة أن يتم محاسبتك لتغطية تكلفة التعليم و / أو الاستثناء من حضور منطقة مدارس تروي سيتي التعليمية.

**Parent or Guardian Signature** X

توقيع ولي الأمر أو الوصي

**Date**

التاريخ

**REQUEST FOR RECORDS طلب السجلات**

I give permission for the release of information concerning my child:  
أعطي الإذن بالإفصاح عن المعلومات المتعلقة بطفلي:

Student الطالب: \_\_\_\_\_ Grade الصف: \_\_\_\_\_ Date of Birth تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

Name of Former District: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_  
اسم المنطقة السابقة المدينة الولاية

Name of Former School: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
اسم المدرسة السابقة الهاتف

Address العنوان: \_\_\_\_\_ Fax الفاكس: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature **X** \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر أو الوصي التاريخ

**Office Use Only**

**REQUEST FOR RECORDS**

Please send records to:

DATE SENT: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

√	SCHOOL	ADDRESS	PHONE/FAX	CONTACT
	Troy High School	1950 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5472 F: (518) 271-5164	Guidance Office
	Troy Middle School	1976 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5365 F: (518) 271-5492	Guidance Office
	Carroll Hill School	112 Delaware Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5701 F: (518) 274-4587	Kate Talham
	School 2	470 Tenth Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5601 F: (518) 271-5205	Nickole Farnan
	School 14	1700 Tibbits Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5801 F: (518) 274-0371	Kristen Buffington
	School 16	40 Collins Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5101 F: (518) 274-4585	Tammie Hayner
	School 18	412 Hoosick Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5501 F: (518) 274-4374	Emily Ruffinen
	Central Registration	School 12 475 First St. Troy, NY 12180	P: (518) 328-5007 F: (518) 271-5445	Central Registration Office
	Special Education Department	School 12 475 First St. Troy, NY 12180	P: (518) 328-5075 F: (518) 279-7600	Pupil Services Office

**Items Requested:**

- Transcripts
- Current Report Cards
- Standardized Test Scores
- Regents Competency Test (RCT) Results
- NYS Regents Scores
- NYS Regents Science Labs
- NYS Proficiency Scores
- Cumulative Health Records/Immunizations
- Attendance Records
- Psychological Evaluations
- Disciplinary Records
- NYS \_\_\_\_\_ Grade Test Results
- Special Education Records, including most recent IEP



o Birth Certificate

o Thank you for your prompt attention to this matter. شكرا لكم على اهتمامكم العاجل لهذه المسألة.

o CITY SCHOOL DISTRICT

Karen Driscoll

475 First Street  
Troy, New York 12180  
(518) 328-5056  
Fax: (518) 279-7600  
driscollk@troycsd.org

COMMITTEE ON PRESCHOOL EDUCATION لجنة التعليم ما قبل المدرسة  
REFERRAL FORM شكل الإحالة

PLEASE PRINT: من فضلك اكتب:

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_

Child's Address عنوان الطفل: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Child's DOB تاريخ الميلاد للطفل: \_\_\_\_\_

Parent or Guardian's ولي الأمر أو الوصي  
Name الاسم \_\_\_\_\_

Phone (Home) هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ (Cell الخليوي): \_\_\_\_\_

Reason for referral must be completed below: يجب إكمال سبب الإحالة أدناه:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date التاريخ \_\_\_\_\_ Parent Signature الإمضاء: X \_\_\_\_\_