

## Central Registration

475 First Street  
Troy, New York 12180  
(518) 328-5007

### Checklist for PreKindergarten قائمة المراجعة الحضانة Registration Applicants للتسجيل المتقدمين

**Welcome to Troy Schools!** اهلا بكم في مدارس تروي

**Attention Parent/Guardian** للتذكير الوالد / الوصي Your child must be age 4 by December 1, 2022 for 2022-23 school year.

يجب أن يبلغ طفلك من العمر 4 سنوات بحلول ١ ديسمبر ٢٠٢٢ للعام الدراسي ٢٠٢٢-٢٠٢٣

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 إكمال 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 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) Please note documents must be clear and easily readable  
يرجى ملاحظة أن المستندات يجب أن تكون واضحة وسهلة القراءة وإرسالها عبر البريد الإلكتروني
- Fax the packet and documents to 518-271-5445 إلى أرسـل الحزمة والمستندات بالفاكس
- Call the 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 St  
اتصل بالتسجيل المركزي لتحديد موعد لتسليم الحزمة والمستندات في ردهة المدرسة ١٢ على العنوان أعلاه
- Mail the packets and documents to: إرسال الحزم والمستندات بالبريد إلى:  
Troy city school district  
School 12 central registration  
475 First St  
Troy NY 12180

### Required documents checklist قائمة التحقق من المستندات المطلوبة

- (1) Health Certificate signed by a doctor شهادة من الطبيب
- (2) Up-to-date Immunization Record سجل التطعيمات الحديثة
- (3) Birth Certificate شهادة الميلاد
- (4) Proof of Residency (one of the following must be provided) إثبات الإقامة
  - Utility bill or deposit (dated 30 days prior to registration)
  - Lease or rental agreement
  - Mortgage statement
  - Affidavit of Residence

Only 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/>

( بيان الرهن، الإيجار، فاتورة الكهرباء ضمن ٣٠ يومًا يجب أن تتضمن جميعها اسم الوالد / الوصي )

(5) Photo Identification of Parent/Guardian تحديد صورة الوالد / ولي الأمر

(6) Dental Health Certificate (optional) شهادة صحة الأسنان (اختياري)

**Your child's registration will not be complete unless you have received verification from the Central station Registration Department.**

**لن يكتمل تسجيل طفلك إلا إذا تلقيت تأكيدًا من إدارة التسجيل**

**NYS Prekindergarten Regulations** .لوائح ولاية نيويورك لصف الروضة According to the revised New York State Prekindergarten Regulations 151-2.6 Admission Requirements for Children:

وفقًا للوائح ولاية نيويورك المنقحة لروضة الأطفال شروط القبول للأطفال:

No child may participate in the Prekindergarten program unless:

لا يجوز لأي طفل المشاركة في برنامج الروضة إلا إذا:

- (1) A report of a medical examination of the child signed by a physician is submitted within 30 days of admission which states that the child is free from contagious or communicable disease.

يتم تقديم تقرير الفحص الطبي للطفل موقع من قبل الطبيب في غضون 30 يومًا من الدخول والذي ينص على خلو الطفل من الأمراض المعدية أو المعدية

- (2) The child has been immunized to the extent appropriate to his/her age in accordance with Section 2164 of the Public Health Law; or has been granted an exemption from such immunization.

تم تحصين الطفل بالقدر المناسب لسنه وفقًا للمادة ٢١٦٤ من قانون الصحة العامة؛ أو تم منحه إعفاء من هذا التحصين

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

**Spanish Interpreter: Lorely 518-416-6343 المترجمة الإسبانية**

**TROY SCHOOLS مدارس تروي**

**PreK Schools**

School 2 – 470 Tenth Street المدرسة ٢

School 12 – 475 First Street المدرسة ١٢

School 14 - 1700 Tibbits Avenue المدرسة ١٤

School 16 - 40 Collins Avenue المدرسة ١٦

Sacred Heart – 308 Spring Avenue القلب المقدس

CEO – UTC -2331 Fifth Avenue

## Central Registration

475 First Street  
Troy, New York 12180  
(518) 328-5007

## استبيان السكن Housing Questionnaire

Name of School: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة

الصف

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

اسم الطالب

Last

الكنية

First

الاسم الأول

Middle الوسطى

Gender الجنس: ☐ Male ذكر ☐ Female أنثى

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

Month الشهر Day اليوم Year السنة

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 ماكنيني فينتو. يحق للطلاب الذين يتمتعون بالحماية بموجب قانون McKinney-Vento 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 McKinney-Vento الحصول على مواصلات مجانية وخدمات أخرى.

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

أين 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

X

\_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian or Student, please print

اسم ولي الأمر / الوصي أو الطالب ، يرجى طباعته

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian or Student

توقيع ولي الأمر / الوصي أو الطالب

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ

## Central Registration

475 First Street  
Troy, New York 12180  
(518) 328-5007

### STUDENT REGISTRATION FORM استمارة تسجيل الطالب

STUDENT NAME أسم الطالب:

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

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

Address: \_\_\_\_\_ NY \_\_\_\_\_  
العنوان Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة 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 Hispanic  
العرق: هل الطالب من أصل إسباني، لاتيني أم إسباني؟ لا، ليس من أصل إسباني نعم، من أصل إسباني

Race: Select one or more races from the following five racial groups

العرق: حدد عرقاً واحداً 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 هل التحق الطالب سابقاً بمدرسة في تروي ☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, what school إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي المدرسة \_\_\_\_\_

Registering for Grade التسجيل للصف: \_\_\_\_\_

Has the student attended school in the USA هل التحق الطالب بالمدرسة في الولايات المتحدة الأمريكية ☐ Yes نعم ☐ No لا

If yes, number of years enrolled in US schools 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 أحد في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة

☐ NCLB ☐ SP ☐ Summer Serv

**Office Use Only**

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

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

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

Documents provided to the district:

☐ Photo ID

☐ Proof of Residency

☐ National Grid Bill

☐ Lease

☐ Notarized Landlord Letter

☐ Mortgage Statement

☐ Other \_\_\_\_\_

☐ MCKINNEY-VENTO

Enrollment Exceptions:

☐ School Choice ☐ opt In

☐ Wynantskill student ☐ Permission Rcvd

☐ N. Greenbush student ☐ Permission Rcvd

☐ Employee's child – District \_\_\_\_\_ ☐ Emp ID

☐ Foreign Exchange

☐ Tuition Paying – District \_\_\_\_\_

☐ Lunch Form Completed

☐ Network Form

☐ Immunization

☐ 14 Day Letter

☐ Religious Exemption

☐ Physical

☐ Dental certificate

☐ Birth Certificate ☐ Passport

☐ Court Papers

☐ DSS 299-District \_\_\_\_\_

☐ Custody

☐ Parent/Custodial Affidavits

☐ Adoption

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

**Mother/ Guardian** الأم / الوصي

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

Relationship to child نوع القرابة ☐ Mother الأم ☐ Step-parent زوج الأم ☐ Legal Guardian الوصي القانوني ☐ Foster Parent

☐ Other أخرى \_\_\_\_\_

Resides in Home المقيم في المنزل ☐ Yes نعم ☐ No لا Custodial Parent الوالد الوصي ☐ 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: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 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

**Father/ Guardian** الأب / الوصي

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

Relationship to child نوع القرابة ☐ Father الاب ☐ Step-parent زوجة الأب ☐ Legal Guardian الوصي القانوني

☐ Foster Parent الوالد بالتبني ☐ Other أخرى \_\_\_\_\_

Resides in Home المقيم في المنزل ☐ Yes نعم ☐ No لا Custodial Parent الوالد الوصي ☐ 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: ( ) 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 (١-٣) 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 تاريخ الميلاد: / /

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

Name الاسم: Date of Birth تاريخ الميلاد: / /

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:**

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

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

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

**Emergency Contact 2 جهة اتصال الطوارئ:**

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

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

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

**Emergency Contact 3 جهة اتصال الطوارئ:**

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

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) (إن 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 كلا نعم

Who retains legal custody القانونية يحتفظ بالحضانة   
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

Is the student in the care of a guardian(s) other than his/her mother or father? ☐ Yes ☐ No  
هل الطالب في رعاية ولي أمر غير والدته أو والده؟ نعم كلا

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

Is the student in foster care التبني في رعاية نعم ☐ Yes ☐ No لا

If yes, please provide copy of placement order (DSS-2999) (إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم نسخة من أمر التنسيب)

**Additional Services (If Applicable) (إن وجدت)**

**Special Education Services** خدمات التربية الخاصة

Does the student currently have an IEP (Individualized Education Plan) ☐ Yes ☐ No لا نعم

(خطة التعليم الفردي) IEP هل لدى الطالب حاليًا

Does your child receive any of the following type of services? أنواع الخدمات التالية ؟ هل يتلقى طفلك أيًا من أنواع الخدمات التالية ؟

☐ Consultant Teacher مدرس استشاري ☐ Self-Contained Classroom فصل دراسي مستقل ☐ Resource Room غرفة موارد ☐ Out of District Class (BOCES or QUESTAR) خارج فئة المنطقة ☐ Yes نعم ☐ No لا

**Related Services** الخدمات ذات الصلة

☐ Speech and Language Therapy علاج النطق واللغة ☐ Occupational Therapy علاج وظيفي

☐ Physical Therapy علاج فيزيائي ☐ Counseling الاستشارة

☐ Other, please describe أخرى ، يرجى التوضيح

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

☐ Math الرياضيات ☐ English Language Arts فنون اللغة الإنجليزية ☐ Science العلوم

☐ Social Studies 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 الخدمة ، فما عدد سنوات الخدمة ؟ إذا كانت الإجابة بنعم ،

☐ Other أخرى

If your child requires special education or English as a new language service, 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 أشقاؤه إلى نفس المدرسة ☐ YES نعم ☐ NO كلا

**IF REGISTERING FOR PREK –Is or will your child be receiving Summer Service this year** ☐ Yes 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? ☐ Yes 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



# Prekindergarten Student Registration Form

## استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Attendance Expectations توقعات الحضور

I AGREE TO FOLLOW THE ATTENDANCE EXPECTATIONS OF  
THE TROY CITY SCHOOL DISTRICT UNIVERSAL PREKINDERGARTEN PROGRAM.

أوافق على متابعة توقعات الحضور برنامج مدرسة تروي سيتي للمدرسة التمهيدية الشاملة

- My child will be in school each day Universal Prekindergarten is in session unless he or she is sick. سيكون طفلي في المدرسة كل يوم يكون من أيام المدرسة ما لم يكن هو أو هي مريضًا.
- If my child is not in attendance and is not sick, I understand that my child can be dropped from the program. إذا لم يكن طفلي حاضراً ولم يكن مريضاً ، أفهم أنه يمكن استبعاد طفلي من البرنامج.
- I will send a written excuse each day my child is absent. سأرسل عذراً مكتوباً كل يوم يتغيب فيه طفلي.
- If I can, I will call the Prekindergarten school/center to notify the school that my child will be absent. إذا كان بإمكانني ، فسوف أتصل بمدرسة / مركز صف الحضانة لإخطار المدرسة بأن طفلي سوف يتغيب.
- My child will be at school and picked up on time daily and will stay for the full Pre K program. I will sign my child in and out each day of the program. I understand that my child may be dropped from the program by not complying. سيكون طفلي في المدرسة وسيتم اصطحابه في الوقت المحدد يومياً وسيبقى في برنامج الحضانة الكامل. سأقوم بتسجيل دخول وخروج طفلي كل يوم من أيام البرنامج. أدرك أن طفلي قد يتم استبعاده من البرنامج إذا لم يمتثل.
- My child will be dropped off at the start of the program and picked up at the end of the program. I understand that it is important for my child to be present for the entire day and by not complying my child may be dropped from the program. سيتم توصيل طفلي في بداية الدوام المدرسي واصطحابه في نهاية الدوام المدرسي. أفهم أنه من المهم لطفلي أن يكون حاضراً طوال اليوم وأنه من خلال عدم الامتثال ، قد يتم استبعاد طفلي من البرنامج.
- I understand it is my responsibility to be sure to give the Pre K teacher and staff updated phone numbers. أفهم أنه من مسؤوليتي التأكد من إعطاء أرقام الهواتف المحدثة لمعلم ما قبل الروضة والموظفين.
- I understand that if I move outside the Troy City School District area, my child will no longer be able to attend the Universal Prekindergarten program. I will also notify the district that my child has moved. أدرك أنني إذا انتقلت خارج منطقة مدارس منطقة تروي، فلن يتمكن طفلي من حضور برنامج الحضانة. سأقوم أيضاً بإخطار المنطقة بأن طفلي قد انتقل.

X

امضاء الأهل / ولي الأمر Signature of Parent/Guardian

التاريخ Date

## Prekindergarten Student Registration Form

### استمارة تسجيل طالب الحضانة

**TROY CITY SCHOOL DISTRICT** المنطقة التعليمية لمدينة تروي

#### PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES مواقع برنامج صف الحضانة

The following sites hold a Prekindergarten program in conjunction with the Troy City School District:

المواقع التالية لديها برنامج الحضانة بالاشتراك مع مدرسة منطقة تروي:

- |                                      |             |  |
|--------------------------------------|-------------|--|
| 1. School #2<br>470 Tenth Street     | 7:45 – 2:00 | Head Start collaboration<br>Additional Paperwork Required<br>النقل على الوالدين<br>تعاون مسبق<br>أوراق عمل إضافية                            |
| 2. School #12<br>475 First Street    | 7:50 – 1:50 | Parents transport<br>Head Start Collaboration<br>Additional Paperwork Required<br>لنقل على الوالدين<br>تعاون مسبق<br>أوراق عمل إضافية        |
| 3. School #14<br>1700 Tibbits Avenue | 7:45 – 1:00 | Parents transport<br>لنقل على الوالدين   |
| 4. CEO<br>Fifth Avenue               | 8:00 – 2:00 | Parents Transport<br>Head Start Collaboration<br>Additional Paperwork Required<br>لنقل على الوالدين<br>تعاون مسبق<br>أوراق عمل إضافية        |
| 5. Sacred Heart<br>308 Spring Avenue | 8:00 – 1:00 | Parents transport<br>Wrap-around & After School Care option<br>لنقل على الوالدين<br>خيار الالتفاف والرعاية بعد المدرسة<br>الزى المدرسي مطلوب |
| 6. School #16<br>40 Collins Avenue   | 7:30 – 1:00 | Parents Transport<br>لنقل على الوالدين   |

# Prekindergarten Student Registration Form

## استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

### نموذج طلب الموقع SITE REQUEST FORM

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_

#### Criteria for Acceptance معايير القبول:

- Child must reside within the Troy City School District. يجب أن يقيم الطفل داخل المنطقة التعليمية لمدينة تروي.
- The child must be 4 years of age on or before December 1<sup>st</sup> of the school year they are enrolling for. يجب أن يكون عمر الطفل ٤ سنوات في أو قبل الأول من كانون الأول (ديسمبر) من العام الدراسي الذي يسجل فيه.

**Preceding this page is a list of names and addresses of the Pre K providers within the Troy City School District. The hours of operation and what options the program has is listed.**

تسبق هذه الصفحة قائمة بأسماء وعناوين مقدمي خدمات الحضانة داخل مدارس تروي التعليمية. ساعات العمل والخيارات المدرجة في البرنامج.

Please rank order your top 5 choices below. يرجى ترتيب أفضل ٥ اختيارات لك أدناه.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

#### Random Selection اختيار عشوائي

New York State requires random selection of all Universal Prekindergarten programs. Applications will be accepted beginning February 22nd. Applications will be selected at random to fill the available Pre K classrooms. You will be notified by mail of your child's placement. Every effort will be made on our part to grant you your Prekindergarten preference.

تتطلب ولاية نيويورك اختيارًا عشوائيًا لجميع برامج الحضانة. سيتم قبول الطلبات بداية من ٢٢ فبراير. سيتم اختيار الطلبات بشكل عشوائي لملء الفصول الدراسية المتوفرة لمرحلة ما قبل الروضة. سيتم إخباركم عن طريق البريد. سنبدل قصارى جهدنا من جانبنا لمنحك اختيارك التفضيلي.

#### Additional Childcare رعاية أطفال إضافية

Wrap-around childcare is an option at some Pre K sites. This means that a parent can have the option of childcare before and/or after the Pre K day. However, the cost associated with the additional childcare is the responsibility of the parent or guardian.

تعد رعاية الأطفال الالتفافية خيارًا في بعض مواقع الحضانة. هذا يعني أنه يمكن للوالد أن يحصل على خيار رعاية الطفل قبل و / أو بعد يوم ما قبل الروضة. ومع ذلك ، فإن التكلفة المرتبطة برعاية الطفل الإضافية تقع على عاتق الوالدين أو الوصي.

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

## CHILD PROFILE معلومات عن الطفل

Child's name اسم الطفل \_\_\_\_\_

Language(s) spoken in the home اللغة (اللغات) التي يتم التحدث بها في المنزل \_\_\_\_\_

Is your child currently attending هل يحضر طفلك حاليًا \_\_\_\_\_:

daycare \_\_\_\_\_ nursery school \_\_\_\_\_ or Head Start \_\_\_\_\_

رعاية نهارية مدرسة حضانة أو بداية رئيسية

Does your child have any special health challenges we should know about?

هل يعاني طفلك من أي تحديات صحية خاصة يجب أن معرفتها؟

Does your child have any religious dietary needs? هل لطفلك أي احتياجات غذائية دينية؟

Mother's name اسم الأم \_\_\_\_\_ Age العمر \_\_\_\_\_ education التعليم \_\_\_\_\_

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

المنزل الهاتف الخليوي العمل

Father's name اسم الأب \_\_\_\_\_ Age العمر \_\_\_\_\_ Education التعليم \_\_\_\_\_

Phone: Home: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_

المنزل الهاتف الخليوي العمل

Sitter's/Day Care Name اسم المرشح / الرعاية النهارية \_\_\_\_\_

Address عنوان \_\_\_\_\_

Phone هاتف \_\_\_\_\_

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

## CHILD RELEASE FORM نموذج تصريح الطفل

Please indicate the names of the people who can pick up your child at dismissal time if you are unable to do so yourself. We will not release your child to any unauthorized person. Persons who pick up your child may be asked to show identification.

يرجى الإشارة إلى أسماء الأشخاص الذين يمكنهم اصطحاب طفلك في وقت الفصل إذا كنت غير قادر على القيام بذلك بنفسك. لن نطلق سراح طفلك لأي شخص غير مصرح له. قد يُطلب من الأشخاص الذين سوف يصطحبون طفلك إظهار هويتهم.

I hereby give the staff at \_\_\_\_\_ أعطي بموجب هذا للموظفين في \_\_\_\_\_ Pre-K الروضة  
(Name of school) (اسم المدرسة)

permission to release my child \_\_\_\_\_ إذن بإطلاق سراح طفلي \_\_\_\_\_ to the  
(Name of child) (اسم الطفل)  
following person(s). إلى الأشخاص المذكورين أدناه.

X

Parent Signature امضاء الأهل

Date التاريخ

Please Print Names of Authorized People المفوضين أسماء الرجاء كتابة:

Name الاسم Phone Number رقم الهاتف Relationship to Child نوع القرابة

		Parent الأبوين
		Parent الأبوين

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

## WALKING TRIP PERMISSION SLIP قسيمة إذن رحلة المشي

I desire to have my child أرغب في أن يذهب طفلي \_\_\_\_\_ go with the  
Prekindergarten on مع حضانة الأطفال (name of child) روضة الأطفال

all walking trips the class may take from جميع رحلات المشي التي يمكن للفصل القيام بها من  
September سبتمبر, 20\_\_\_\_ to June يونيو, 20\_\_\_\_.

I shall be responsible for his/her actions while the class is taking the trip.

سأكون مسؤول عن أفعاله/ها أثناء قيام الفصل بالرحلة

X \_\_\_\_\_

Parent Signature توقيع الأهل

\_\_\_\_\_  
Date التاريخ

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

on Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

موافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات Parent Consent to Release Information

نموذج التفويض الطبي Medical Authorization Form

To Whom It May Concern: إلى من يهمه الأمر

In regard to my (Son/Daughter): فيما يتعلق بـ ابني / ابنتي \_\_\_\_\_

I أنا, \_\_\_\_\_, hereby authorize any physician or nurse who has attended, examined, or treated my child to furnish his/her teachers or pertinent staff with whom (he/she) comes in daily contact, with any and all information which may be necessary regarding (his/her) past or present physical condition and treatment rendered therefore, to ensure that said school personnel are fully cognizant of his/her condition and to safeguard their health and safety.

، حضرت أو فحصت أو عالجت طفلي لتزويد معلميه / موظفيها أو الموظفين ذوي الصلة بهم من (هو / هي) على اتصال يومي

مع أي وجميع المعلومات التي قد تكون ضرورية فيما يتعلق بحالته الجسدية السابقة أو الحالية والمعاملة المقدمة لذلك ، إلى

التأكد من أن موظفي المدرسة المذكورين على دراية كاملة بحالته / حالتها وحمايتها صحتهم وسلامتهم

X

Date التاريخ

امضاء الأهل/ ولي الأمر Signature of Parent/Guardian

Please Print Name يرجى كتابة الاسم

# TROY CITY SCHOOL DISTRICT مدرسة مدينة تروي

## SCHOOL HEALTH SERVICES خدمات الصحة المدرسية

Entering Date تاريخ الدخول \_\_\_\_\_ Grade الصف \_\_\_\_\_ School المدرسة \_\_\_\_\_ Sex الجنس \_\_\_\_\_

Student Name اسم الطالب \_\_\_\_\_ Address العنوان \_\_\_\_\_  
Last العائلة First الاول MI

DOB تاريخ الولادة \_\_\_\_\_ Place of Birth مكان الولادة \_\_\_\_\_

Mother's Name اسم الام \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_  
Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي: \_\_\_\_\_

Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_

Father's Name اسم الاب \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_  
Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي: \_\_\_\_\_

Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_

Guardian/Step Parent Name اسم الوصي \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_  
Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي: \_\_\_\_\_

Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_

The answers to the questions on this form will be held in the School Health Office and will be kept confidential.

سيتم الاحتفاظ بالإجابات على الأسئلة الواردة في هذا النموذج في مكتب الصحة المدرسية وستبقى سرية

Has your child ever had the following? Please explain with date of onset, any "yes" answers. هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟ يرجى التوضيح مع "نعم" أي إجابات بـ "نعم" تاريخ البدء،

Has Your Child Ever Had the Following? هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟	N كلا	Y نعم	Explain with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء	Has Your Child Ever Had the Following? هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟	N كلا	Y نعم	Explain / الدواء
<b>ALLERGIES الحساسية</b>				<b>Anemia/Bleeding Disorder</b> الدم / اضطراب النزيف فقر			
Food طعام				Sickle Cell فقر الدم المنجلي			
Bees النحل				Chronic Ear Infections التهابات الأذن المزمنة			
Environmental بيئي				Hearing Loss فقدان السمع			
Medication دواء				Hearing Aid السمع			
Eczema اكزيما				Speech Concerns مخاوف الكلام			
Asthma أزمة				Vision Problems (Glasses, Contacts) مشاكل في الرؤية (النظارات، جهات الاتصال)			
ADHD/ADD صعوبة الانتباه وفرط النشاط				Loss of Vision فقدان البصر			
Behavior Concerns مخاوف تتعلق بالسلوك				Bladder/Kidney Condition حالة المثانة / الكلى			
Diabetes داء السكري				Absence Kidney غياب الكلى			
Seizure Disorder (Epilepsy) اضطراب النوبة (الصرع)				Absence of Testicle غياب الخصية			



Heart Murmur ثقوب في القلب				Arthritis التهاب المفاصل			
Cardiac Condition/Surgery حالة / جراحة القلب				Fractures كسور			
High/Low Blood Pressure ارتفاع / انخفاض ضغط الدم				Scoliosis الجنف			
Fainting During Exercise الإغماء أثناء التمرين				Chicken Pox/Date جدري الماء / التاريخ			
Head Injury إصابة بالرأس				Surgery (Tonsils, Hernia) الجراحة (اللوزتين والفتق)			
Migraine Headaches صداع نصفي				Under Current Medical Care الرعاية الطبية الحالية تحت			

List any special medical problems or serious injuries or gym restrictions ضع قائمة بأي مشاكل طبية خاصة أو إصابات خطيرة أو قيود الصالة الرياضية

توقيع ولي الأمر / الوصي Parent/Guardian Signature

Date التاريخ

## استبيان لغة المنزل (HLQ) Home Language Questionnaire

<b>STUDENT NAME</b> اسم الطالب :		
First الاول	Middle الاوسط	Last الكنية
<b>Date of Birth</b> تاريخ الولادة :		<b>GENDER</b> الجنس :
		<input type="checkbox"/> Male ذكر
		<input type="checkbox"/> Female انثى
Month الشهر	Day اليوم	Year السنة
<b>Parent /Person in Parental Relation info</b> :الوالد / الشخص في معلومات العلاقة الأبوية:		
Relation to نوع القرابة First Name الاسم الاول Last Name الكنية		

**Dear Parent or Guardian:**  
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.

عزيزي الوالد أو الوصي ،  
من أجل توفير أفضل تعليم ممكن لطفلك ،  
نحتاج إلى ذلك  
تحديد مدى جودة هو أو هي  
يفهم ويتحدث ويقرأ ويكتب باللغة  
الإنجليزية ، وكذلك المدرسة السابقة  
والتاريخ الشخصي .يرجى إكمال الأقسام  
التالية بعنوان الخلفية اللغوية والتاريخ  
التربوي .مساعدتك في الإجابة على هذه  
الأسئلة موضع تقدير كبير .شكرا لك

HOME LANGUAGE CODE كود اللغة الرئيسية

<b>Language Background</b> خلفية اللغة	
(Please check all that apply.) (يرجى التحقق من كل ما ينطبق)	
1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence? ما هي اللغة (اللغات) التي يتم التحدث بها في منزل الطالب أو الإقامة	<input type="checkbox"/> English انجليزي <input type="checkbox"/> Other لغة أخرى specify حدد
2. What was the first language your child learned? ما هي اللغة الأولى التي تعلمها طفلك	<input type="checkbox"/> English انجليزي <input type="checkbox"/> Other لغة أخرى specify حدد
3. What is the Home Language of each parent/guardian? ما هي لغة الوطن لكل والد / وصي	<input type="checkbox"/> Mother الام <input type="checkbox"/> Father الاب <input type="checkbox"/> Guardian(s) الوصي specify حدد
4. What language(s) does your child understand? ما هي اللغة (اللغات) التي يفهمها طفلك	<input type="checkbox"/> English انجليزي <input type="checkbox"/> Other لغة أخرى specify حدد

<b>5. What language(s) does your child speak?</b> ما هي اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك	<input type="checkbox"/> English انجليزي	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى حدد specify	<input type="checkbox"/> Does not speak لا يتكلم
<b>6. What language(s) does your child read?</b> ما هي اللغة (اللغات) التي يقرأها طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انجليزي	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى حدد specify	<input type="checkbox"/> Does not read لا يقرأ
<b>7. What language(s) does your child write?</b> ما هي اللغة (اللغات) التي يستطيع طفلك كتابتها	<input type="checkbox"/> English انجليزي	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى حدد specify	<input type="checkbox"/> Does not write لا يكتب

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>  District Name (Number) & School Address	<b>Student ID number NYS student informations system:</b>

## Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two الصفحة الثانية - المنزل

### Educational History التاريخ التربوي

<b>8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school</b> حدد إجمالي عدد السنوات التي التحق فيها طفلك بالمدرسة
<b>9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them.</b> هل تعتقد أن طفلك قد يواجه أي صعوبات أو ظروف تؤثر على قدرته على الفهم أو التحدث أو القراءة أو الكتابة باللغة الإنجليزية أو أي لغة أخرى؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى وصفها
Yes* نعم لا No Not sure لست متأكد <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *If yes, please explain يرجى التوضيح إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى التوضيح:
How severe do you think these difficulties are ما مدى شدة هذه الصعوبات في رأيك؟ <input type="checkbox"/> Minor طفيفة <input type="checkbox"/> Somewhat severe شديدة نوعاً ما <input type="checkbox"/> Very severe شديدة جداً
<b>10a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past ?</b> <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم* أدناه 10b الرجاء إكمال *Please complete 10b below هل تمت إحالة طفلك من قبل إلى تقييم التربية الخاصة في الماضي
<b>10b. *If referred for an evaluation, has your child ever received any special education services in the past?</b> إذا تمت إحالته للتقييم ، فهل تلقى طفلك أي خدمات تعليمية خاصة في الماضي <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم – Type of services received نوع الخدمات المتلقاة:
<b>Age at which services received (Please check all that apply):</b> (يرجى تحديد كل ما ينطبق) العمر الذي يتم فيه تلقي الخدمات <input type="checkbox"/> Birth to 3 years (Early Intervention) <input type="checkbox"/> 3 to 5 years (Special Education) <input type="checkbox"/> 6 years or older (Special Education) من الميلاد إلى 3 سنوات (التدخل المبكر) 3 إلى 5 سنوات (التربية الخاصة) 6 سنوات أو أكبر (التربية الخاصة)
<b>10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP) فردي</b> <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم
<b>11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)</b> هل هناك أي شيء آخر تعتقد أنه مهم للمدرسة أن تعرفه عن طفلك؟ (على سبيل المثال ، المواهب الخاصة ، والمخاوف الصحية ، وما إلى ذلك)
<b>12. In what language(s) would you like to receive information from the school?</b> ما هي اللغة (اللغات) التي ترغب في تلقي المعلومات من المدرسة
Signature of Parent or of Person in Parental Relation توقيع ولي الأمر أو الوصي
Month الشهر : Day اليوم : Year السنة :
Date التاريخ
Relationship to student نوع القرابة <input type="checkbox"/> Mother الام <input type="checkbox"/> Father الأب <input type="checkbox"/> Other أخرى:

**OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ**

NAME: _____		POSITION: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____			
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW</b>			
NAME: _____		POSITION: _____	
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____		OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____	
		<input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL	
		<input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Mo. _____</span> <span>DAY _____</span> <span>YR. _____</span> </div>		<input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM	
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL</b>			
NAME: _____		POSITION: _____	
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____			
		PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON _____ <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Mo. _____</span> <span>DAY _____</span> <span>YR. _____</span> </div>		NYSITELL: <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING	
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: _____			

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

## HOUSEHOLD SURVEY مسح الأسر المعيشية

Number of people living in the household \_\_\_\_\_ عدد الأفراد الذين يعيشون في الأسرة

Single Parent Household الأسرة ذات الوالد الوحيد \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Foster Child طفل بالتبني \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Non-English-Speaking Household الأسرة التي لا تتحدث الإنجليزية \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Temporary Housing سكن مؤقت \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Parent/Guardian Working عمل الوالد / الوصي \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

If yes, location and hours of work العمل الموقع وساعات العمل ::إذا كانت الإجابة بنعم ،

Parent/Guardian #1 ولي الأمر / الوصي رقم \_\_\_\_\_

Parent/Guardian #2 ولي الأمر / الوصي رقم \_\_\_\_\_

Parent/Guardian attending school حضور ولي الأمر / الوصي إلى المدرسة \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Parent/Guardian on Unemployment البطالة الوصي على البطالة \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

Is your child covered by Medicaid هل طفلك مشمول ببرنامج \_\_\_\_\_ yes نعم \_\_\_\_\_ no لا

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

## DEVELOPMENTAL SCREENINGS الشاشات التنموية

An outside approved agency may help assist with the Developmental Screenings for Troy City School District Pre K rooms. The screening is an informal assessment to identify possible developmental delays (speech, motor, educational and behavioral). Each child is seen individually by a teacher, speech therapist, or motor therapist. If any concerns do exist, a formal evaluation may be recommended. Please sign and date below for an outside approved agency to assist with your child's screening.

قد تساعد وكالة معتمدة خارجية في عمليات الفحص التنموية لغرف الحضانة بمدرسة تروي التعليمية. الفحص هو تقييم غير رسمي لتحديد التأخيرات المحتملة في النمو (الكلام والحركية والتعليمية والسلوكية). يُنظر إلى كل طفل على حدة من قبل المعلم أو معالج النطق أو المعالج الحركي. في حالة وجود أي مخاوف، قد يوصى بإجراء تقييم رسمي. يرجى التوقيع والتاريخ أدناه لوكالة خارجية معتمدة للمساعدة في فحص طفلك.

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_

Child's date of birth تاريخ ميلاد الطفل: \_\_\_\_\_

Child's Gender: Male or Female (please circle) جنس الطفل: ذكر أو أنثى (يرجى وضع دائرة)

Parent(s) Name اسم الوالدين: \_\_\_\_\_

Telephone Number رقم هاتف: \_\_\_\_\_

I give permission for my child أعطي الإذن لطفلي, \_\_\_\_\_, to receive a developmental screening from an out of district provider. لتلقي فحص تطوري من مزود خارج المنطقة.

X \_\_\_\_\_

Parent or Guardian Signature

توقيع ولي الأمر أو الوصي

\_\_\_\_\_

Date

التاريخ

# Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

## Information Sheet ورقة المعلومات

What do you want your child to be called at school? \_\_\_\_\_

ماذا تريد أن يتم استدعاء طفلك في المدرسة

Child's birthday (M/D/Y) عيد ميلاد الطفل: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name(s) الوصي / الوالد: \_\_\_\_\_

Child's Siblings (this will help us spell their names on their artwork):

(أشقاء الأطفال (سيساعدنا ذلك في تهجئة أسمائهم في أعمالهم الفنية

Family Pets الحيوانات الأليفة العائلية: \_\_\_\_\_

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

عنوان البريد الإلكتروني

Child's Allergies (please include food, animal or other allergies):

حساسيات الأطفال (يرجى تضمين الطعام أو الحيوان أو الحساسية الأخرى)

What are you child's favorite snack foods? ما هي الأطعمة الخفيفة المفضلة لطفلك

What are your child's interests? ما هي اهتمامات طفلك

What activities does your child like to do? ما هي الأنشطة التي يحب طفلك القيام بها

What are you child's dislikes (food, activities, other)? (ما الذي يكره طفلك (طعام ، أنشطة ، أخرى

Anything else you would like to tell us about your child? هل من شيء آخر تود إخبارنا به عن طفلك

**DO NOT RELEASE** منع النشر  
**MEDIA FORM** الورقة الإعلامية

Please complete this form only if you OBJECT to the use of your child's photograph or video.

الرجاء إكمال هذا النموذج فقط إذا كنت تعترض على استخدام صورة طفلك أو مقطع فيديو

Photographs and videos of our students may be used to promote programs and activities in print and online materials.

يمكن استخدام الصور ومقاطع الفيديو لطلابنا للترويج للبرامج والأنشطة في المواد المطبوعة وعبر الإنترنت.

School المدرسة \_\_\_\_\_

Grade الصف: \_\_\_\_\_

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_

Address عنوان: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: توقيع ولي الأمر / الوصي \_\_\_\_\_

DO NOT RELEASE: ممنوع النشر

☐ I do NOT wish my child's photograph to appear online on District sites or in the District print newsletter.  
لا أرغب في ظهور صورة طفلي عبر الإنترنت على مواقع المنطقة أو في النشرة الإخبارية المطبوعة الخاصة بالمقاطعة.

DO NOT RELEASE: ممنوع النشر

☐ I do NOT wish my child to be photographed or videotaped by an outside agency (such as newspaper or television media).

لا أرغب في أن يتم تصوير طفلي أو تصويره بالفيديو من قبل وكالة خارجية (مثل الصحف أو وسائل الإعلام التلفزيونية).

**ONLY IF YOU OBJECT** to the release of your child's photograph.

فقط إذا كنت تعترض على نشر صورة طفلك



## NETWORK COMPUTING AND INTERNET SAFETY POLICY 4526

475 First Street  
Troy, New York 12180

### شبكة الحوسبة وسياسة سلامة الإنترنت USER ACKNOWLEDGEMENT إقرار المستخدم

After reading the Networking Computing and Internet Safety Policy, please print and sign your name below acknowledging that you accept Policy 4526 and its terms. A copy with your User ID and Password will be issued to you when signed.

بعد قراءة سياسة حوسبة الشبكات وأمان الإنترنت، يرجى طباعة اسمك وتوقيعه أدناه للإقرار بقبولك السياسة 4526 وشروطها. سيتم إصدار نسخة مع معرف المستخدم وكلمة المرور عند التوقيع.

**USER'S NAME (please print):** \_\_\_\_\_  
اسم المستخدم (يرجى طباعته)

**BUILDING/SCHOOL:** \_\_\_\_\_  
المبنى / المدرسة

**USER'S ID NUMBER:** \_\_\_\_\_  
رقم هوية المستخدم

**USER'S SIGNATURE:** \_\_\_\_\_  
توقيع المستخدم

**PARENT'S SIGNATURE: X** \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر

**DATE:** التاريخ \_\_\_\_\_

**PRINCIPAL/SUPERVISOR (please print):** \_\_\_\_\_  
الرئيسي / المشرف (يرجى طباعته)

**PHONE NUMBER:** \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف

**PRINCIPAL/SUPERVISOR SIGNATURE:** \_\_\_\_\_  
التوقيع الرئيسي / المشرف

**DATE:** التاريخ \_\_\_\_\_

**PLEASE REMOVE ACKNOWLEDGEMENT PAGE AND KEEP POLICY PORTION FOR YOUR RECORDS.**

يرجى إزالة صفحة الإقرار واحتفظ بجزء السياسة ل سجلاتك

**FACULTY/STAFF: RETURN TO HUMAN RESOURCES**

العودة إلى الموارد البشرية / الكلية / الموظفين

**STUDENTS الطلاب: RETURN TO PRINCIPAL** العودة إلى المدرسة الرئيسية

BOE Approved 2-1-12

## **PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT** متطلبات الفحص البدني

475 First Street  
Troy, New York 12180

Dear Parent /Guardian عزيزي ولي الأمر / الوصي :

New York State Education Law **requires** that all children attending school in New York State have a physical examination at the following grade levels: **Pre-K, Kindergarten, 1<sup>st</sup> grade, 3<sup>rd</sup> grade, 5<sup>th</sup> grade, 7<sup>th</sup> grade, 9<sup>th</sup> grade, and 11<sup>th</sup> grade, and all new students who are entering the Troy City School District.**

يتطلب قانون ولاية نيويورك للتعليم أن يخضع جميع الأطفال الملتحقين بالمدارس في ولاية نيويورك لفحص بدني في المستويات الصفية التالية: صف ما قبل الروضة، روضة الأطفال، والصف الأول، والصف الثالث، والصف الخامس، والصف السابع، والصف التاسع، والصف الحادي عشر، وجميع الطلاب الجدد الذين يدخلون المنطقة التعليمية لمدينة تروي.

As part of your child's education and in recognition of a desirable health practice, the annual health examination by your health care providers continues to be encouraged. The examiner that is familiar with your child's health history is able to give a more thorough physical. They can immediately advise you regarding any condition that might be found.

كجزء من تعليم طفلك واعترافاً بالممارسة الصحية المرغوبة، يستمر التشجيع على الفحص الصحي السنوي من قبل مقدمي الرعاية الصحية. الفاحص الذي يكون على دراية بالتاريخ الصحي لطفلك قادر على إعطاء صورة جسدية أكثر شمولاً. يمكنهم تقديم النصح لك على الفور فيما يتعلق بأي حالة قد يتم العثور عليها.

If your child has had a physical in the past year or you plan to have your child examined by his/her own doctor, please have the Health Certificate filled out by the doctor and returned to school.

إذا كان طفلك قد خضع لفحص جسدي في العام الماضي أو كنت تخطط لفحص طفلك من قبل الطبيب، يرجى من الطبيب ملء الشهادة الصحية وإعادتها إلى المدرسة.

When we require that your child have a physical examination, we will be requesting a dental certificate as well.

There is a sample certificate available for you to take to your child's dentist. Once it is completed, it should be returned to the School Nurse, as it will be filed in your child's Cumulative Health Record.

عندما نطلب إجراء فحص بدني لطفلك، سنطلب أيضاً شهادة طب الأسنان. هناك شهادة عينة متاحة لك لأخذها إلى طبيب أسنان طفلك. بمجرد اكتمالها، يجب إعادتها إلى مدرسة المدرسة، حيث سيتم حفظها في السجل الصحي التراكمي لطفلك.

Please call the school's health office if you have any questions or concerns.

يرجى الاتصال بمكتب الصحة بالمدرسة إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف.

Thank you for your cooperation in this health endeavor. شكراً لتعاونك في هذا المسعى الصحي.

**Please return the completed form to the Health Office of your child's school.**

يرجى إعادة النموذج المكتمل إلى مكتب الصحة في مدرسة طفلك.

**Carroll Hill** كارول هيل

Phone 328-5720

Fax 274-4587

**School 16** المدرسة

Phone 328-5120

Fax 274-4585

**School 12** المدرسة

Home 328-5025

Fax 203-6874

**Pre-K** الروضة

Phone 328-5012

Fax 271-7692

**School 18** المدرسة

Phone 328-5520

Fax 274-4374

**School 14** المدرسة

Phone 328-5825

Fax 274-0371

**School 2** المدرسة

Phone 328-5620

Fax 271-5205

**Troy Middle School**

مدرسة تروي المتوسطة

Phone 328-5323

Fax 271-5175

**Troy High School**

مدرسة تروي الثانوية

Phone 328-5425

Fax 271-5174

# DENTAL HEALTH CERTIFICATE - OPTIONAL شهادة صحة الأسنان - اختياري

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

## Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print) (القسم 1. يُكمله ولي الأمر أو الوصي (يرجى الكتابة)

Child's Name <span style="float: right;">الاسم الأول First</span>	Middle <span style="float: right;">الوسط Middle</span>	Last <span style="float: right;">الكنية Last</span>
Birth Date <span style="float: right;">تاريخ الميلاد</span> / / Month Day Year	Sex <span style="float: right;">الجنس</span> : <input type="checkbox"/> Male <span style="float: right;">ذكر</span> <input type="checkbox"/> Female <span style="float: right;">انثى</span>	Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes <span style="float: right;">نعم</span> <input type="checkbox"/> No <span style="float: right;">لا</span> <span style="float: right;">هل ستكون هذه أول زيارة لطفلك لطبيب الأسنان</span>

School Name <span style="float: right;">اسم المدرسة</span>	Grade <span style="float: right;">الصف</span>
--	---

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes نعم ☐ No لا

هل لاحظت أي مشكلة في الفم تتعارض مع قدرة طفلك على المضغ أو التحدث أو التركيز على الأنشطة المدرسية

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature الامضاء **X** \_\_\_\_\_ Date التاريخ \_\_\_\_\_

## Section 2 القسم ٢. To be completed by the Dentist. يتم استكماله من قبل طبيب الأسنان

**I. The Dental Health condition of \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:**

- ☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.
- ☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

**Dentist's name and address (please print or stamp) Dentist's Signature**

*Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.*

### II. Oral Health Status (check all that apply).

Yes ☐ No ☐ **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): \_\_\_\_\_

### III. Treatment Needs (check all that apply)

- ☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.
- ☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.
- ☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**  
**TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**  
**IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

Name	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
<b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type:      Date of last seizure: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:** Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m2

**Percentile (Weight Status Category):** ☐ <5<sup>th</sup>    ☐ 5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>    ☐ 50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>    ☐ 85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>    ☐ 95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>    ☐ 99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:** ☐ No    ☐ Yes    ☐ Not Done      **Hypertension:** ☐ No    ☐ Yes    ☐ Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>List Other Pertinent Medical Concerns</b> (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$				
<b><input type="checkbox"/> System Review and Abnormal Findings Listed Below</b>				
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)      ICD-10 Code*	
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached			*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:				DOB:	
<b>SCREENINGS</b>					
<b>Vision</b> (w/correction if prescribed)	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>	
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
Near Vision Acuity	20/	20/		<input type="checkbox"/>	
Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>	
Notes					
<b>Hearing</b> Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					<b>Not Done</b>
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	
Notes					
<b>Scoliosis</b> Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK</b>					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>					
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <b>Age of First Menses (if applicable) :</b> _____					
<input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain.    *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
<b>MEDICATIONS</b>					
<input type="checkbox"/> <b>Order Form for Medication(s) Needed at School Attached</b>					
<b>IMMUNIZATIONS</b>					
<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS					
<b>HEALTH CARE PROVIDER</b>					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
<b>Please Return This Form To Your Child's School When Completed.</b>					

April 23, 2015

Dear Parents/Guardians: الأهل / الأوصياء الاعزاء

The Enlarged City School District of Troy provides special education services and programs to students with disabilities pursuant to applicable federal and state laws. Any parent or person in parental relation who suspects that his/her child has a disability may refer the child for an evaluation by the District's Committee on Special Education (CSE) for eligibility for special education services and programs. More detailed information on this process is available in *A Parent's Guide to Special Education*, which is published on the New York State Education Department's website in English and Spanish.

توفر دائرة مدارس المدينة الموسعة في تروي خدمات وبرامج تعليمية خاصة للطلاب ذوي الإعاقة وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. يجوز لأي والد أو شخص على علاقة أبوية يشتبه في أن طفله / طفلها لديه إعاقة إحالة الطفل لتقييم الأهلية للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. يتوفر المزيد من المعلومات (CSE) لجنة المقاطعة للتعليم الخاص التفصيلية حول هذه العملية في دليل الوالدين للتعليم الخاص، والذي يتم نشره على موقع الويب الخاص بوزارة التعليم بولاية نيويورك باللغتين الإنجليزية والإسبانية الإنجليزية

English - الانجليزية <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm>.

Spanish - الإسبانية <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

Parents or persons in parental relation should contact the District's Director of Pupil Personnel Services, Donna Fitzgerald, at School 12 475- First Street Troy, N.Y. 12180 or by calling 328-5075.

يجب على الوالدين أو الأشخاص الذين تربطهم علاقة أبوية الاتصال بمدير خدمات شؤون الموظفين بالمنطقة، دونا فيتزجيرالد ، في المدرسة ١٢ على الرقم أعلاه

# NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

برنامج تعليم المهاجرين في ولاية نيويورك

## IDENTIFICATION & RECRUITMENT OFFICE

مكتب تحديد الهوية والتوظيف

### استبيان الوالدين PARENT SURVEY

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provides a variety of educational services to families who work in agriculture, regardless of their nationality or legal status. This program is free of charge to all eligible families and may include tutoring, free school lunch eligibility, educational field trips, summer programs, parent involvement activities, emergency needs and referrals to other services as needed.

مجموعة توفر بموجب الباب الأول، الجزء ج من قانون التعليم الابتدائي والثانوي تم اعتماد برنامج تعليم المهاجرين متنوعة من الخدمات التعليمية للعائلات التي تعمل في الزراعة، بغض النظر عن جنسيتهم أو وضعهم القانوني. هذا البرنامج مجاني لجميع العائلات المؤهلة وقد يشمل دروساً خصوصية، وأهلية غداء المدرسة مجاناً، والرحلات الميدانية التعليمية، والبرامج الصيفية، وأنشطة مشاركة الوالدين، واحتياجات الطوارئ والإحالات إلى خدمات أخرى حسب الحاجة.

**Please take few minutes to complete this questionnaire.**

**يرجى أخذ بضع دقائق لإكمال هذا الاستبيان**

**Has anyone in your family worked, or looked for work at the following occupations during the past 3 years?**

**هل عمل أي فرد من أفراد عائلتك، أو بحث عن عمل في الوظائف التالية خلال السنوات الثلاث الماضية؟**

☐ Any agricultural, farm, or fishing work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, etc.)

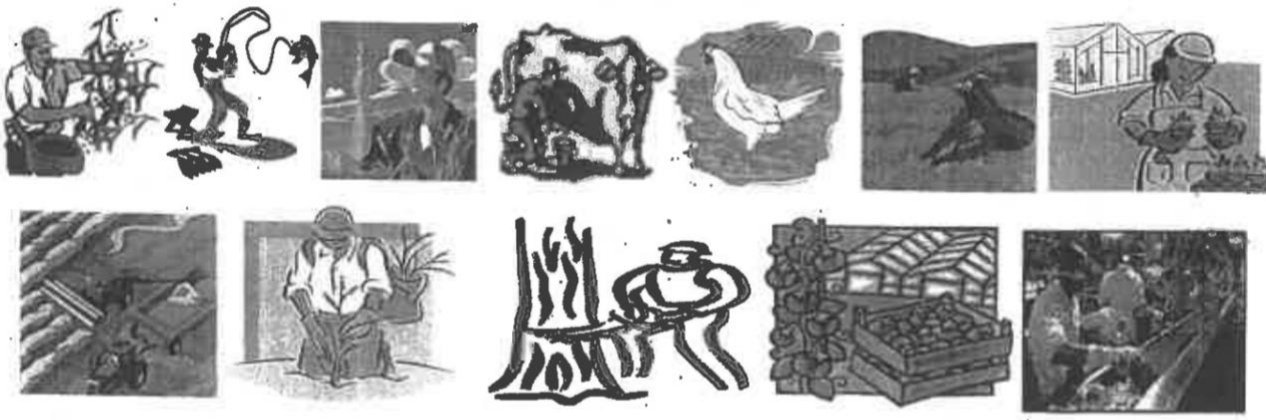
أي عمل زراعي أو زراعي أو صيد الأسماك (مثل التين، ومنتجات الألبان، ومحاصيل الفاكهة أو الخضار، والدواجن، وصيد الأسماك، والمشاتل / الصوب الزراعية، وما إلى ذلك)

☐ Work related to logging, harvesting, or initial processing of trees.

العمل المتعلق بقطع الأشجار أو الحصاد أو المعالجة الأولية للأشجار

☐ Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables,

العمل في مصنع لتجهيز الأغذية (مثل مصانع معالجة اللحوم أو الدواجن، تعبئة الفواكه أو الخضار، إلخ etc.)



If you answer YES, please provide your contact information below:

إذا أجبت بنعم ، فيرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك أدناه

Parent/Guardian Name اسم ولي الأمر / الوصي \_\_\_\_\_

Home address عنوان المنزل: \_\_\_\_\_

Telephone number رقم الهاتف: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Best time to be reached أفضل وقت للوصول: \_\_\_\_\_ مساءً/صباحاً AM

Previous Address. العنوان السابق: \_\_\_\_\_

Student name اسم الطالب: \_\_\_\_\_ Age العمر \_\_\_\_\_ Grade الصف الدراسي \_\_\_\_\_

Student name اسم الطالب: \_\_\_\_\_ Age العمر \_\_\_\_\_ Grade الصف الدراسي \_\_\_\_\_

To submit this referral please fax to 607-436-3606, or by mail to NYS Migrant Education Program Identification and Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020.

لإرسال هذه الإحالة، يرجى إرسال فاكس إلى الرقم اعلاه أو بالبريد إلى مكتب تحديد وتوظيف برنامج تعليم المهاجرين في نيويورك على العنوان اعلاه



