

Central Registration

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

Checklist for Prekindergarten Registration Applicants

قائمة مرجعية لمقدمي طلبات التسجيل لمرحلة ما قبل الروضة

Welcome to the Troy City School District! مرحبًا بك في المنطقة التعليمية لمدينة تروي

Your child must be age 4 by December 1, 2022 for the 2022-2023 school year to register your child for the four-year-old Pre-Kindergarten program.

يجب أن يكون طفلك قد بلغ من العمر ٤ سنوات بحلول ١ ديسمبر ٢٠٢٢ للعام الدراسي ٢٠٢٢-٢٠٢٣ لتسجيل طفلك في برنامج حضانة الأطفال البالغ من العمر أربع سنوات.

To register your child, a parent or guardian must be present with photo identification at the Central Registration Office located at School 12, 475 First Street.

لتسجيل طفلك ، يجب أن يكون أحد الوالدين أو الوصي حاضرًا مع صورة هوية في مكتب التسجيل المركزي الموجود في على العنوان أعلاه

Office hours are 7:30 am – 3:00 pm. During school breaks and summer, hours are 7:00 am – 2:00 pm.

ساعات العمل ٧:٣٠ صباحًا - ٣ مساءً. خلال فترات الراحة المدرسية والصيف ، تكون الساعات ٧ صباحًا - ٢ مساءً.

All attached forms must be completed. يجب إكمال جميع النماذج المرفقة.

The following documents are also required for registration: المستندات التالية مطلوبة أيضًا للتسجيل

Required documents checklist: قائمة التحقق من المستندات المطلوبة

- Health Certificate signed by a doctor
شهادة صحية موقعة من الطبيب
- Up-to-date immunization record
سجل تحصين حديث
- Birth Certificate
شهادة الميلاد
- Proof of Residency (one of the following must be provided):
إثبات الإقامة (يجب تقديم واحد مما يلي)
 - Utility bill or deposit (dated 30 days prior to registration)
فاتورة أو وديعة خدمات (مؤرخة قبل ٣٠ يومًا من التسجيل)
 - Lease or rental agreement أو السكن عقد الإيجار أو السكن
 - Mortgage statement بيان الرهن العقاري

Central Registration

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

- 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>)

تصريح الإقامة (يسري فقط إذا كان أحد الوالدين يعيش في مسكن لا يستأجره أو يمتلكه باسمه. يمكن العثور على الإفادة الخطية على الموقع أعلاه

- Photo identification of parent/guardian تحديد صورة للوالد / الوصي
- Dental Health Certificate (optional) شهادة صحة الأسنان (اختياري)

Questions? Contact Central Registration at (518) 328-5007 على الأرقام التالية
Fax: (518) 271-5445 Email: reg@troycsd.org

Arabic Interpreter: Nicole (518) 431-9281
المتترجمة العربية: نيكول

Spanish Interpreter Loreley (518) 416-6343
المتترجمة الإسبانية: لورلي

Troy Schools مدارس تروي

Elementary Schools: المدارس الابتدائية

School 2 – 470 Tenth Street المدرسة ٢

School 14 – 1700 Tibbitts Avenue المدرسة ١٤

School 16 – 40 Collins Avenue المدرسة ١٦

School 18 – 412 Hoosick Street المدرسة ١٨

Carroll Hill School – 112 Delaware Avenue مدرسة كارول هيل

Troy Middle School مدرسة تروي المتوسطة

1976 Burdett Avenue

Troy High School مدرسة تروي الثانوية

1950 Burdett Avenue

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

لن يكتمل تسجيل طفلك إلا إذا تلقيت تأكيدًا من إدارة التسجيل المركزية.

NYS Prekindergarten Regulations لوائح ولاية نيويورك لمرحلة (الحضانة) ما قبل رياض الأطفال

According to the revisited New York State Prekindergarten Regulations 151-2.6 Admission Requirements for Children:

وفقًا للوائح ولاية نيويورك المعاد النظر فيها حضانة الأطفال 151-2.6 شروط القبول للأطفال:

No child may participate in the Prekindergarten program unless:

لا يجوز لأي طفل المشاركة في برنامج حضانة الأطفال 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 مع ٣٠ يومًا من الدخول والذي ينص على خلو الطفل من الأمراض المعدية أو القابلة للنقل.

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.

Note: Universal Pre K is dependent upon funding under the grant from the New York State Education Department for the 2022-2023 school year. The amount of funding received determines the number of Pre-K slots.

ملاحظة: تعتمد حضانة الاطفال العالمية على التمويل المقدم بموجب المنحة المقدمة من إدارة التعليم بولاية نيويورك للعام الدراسي ٢٠٢٢-٢٠٢٣. يحدد مبلغ التمويل المستلم عدد فترات ما قبل الروضة.

Questions? Contact Juli Currey at (518) 328-5436 or Registration at (518) 328-5007

Fax: (518) 271-5445 Email: reg@troycsd.org أسئلة؟ الاتصال بـ جولي كوري

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 التاريخ 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 ماكينني 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 _____

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

STUDENT REGISTRATION FORM استمارة تسجيل الطالب
Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

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 التمهيديّة 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 مريضاً.
- 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 يوميًا وسيبقى في برنامج الحضانة الكامل. سأقوم بتسجيل دخول وخروج طفلي كل يوم من أيام البرنامج. أدرك أن طفلي قد يتم إستبعاده 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 إستبعاد 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

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

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

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

SITE REQUEST FORM نموذج طلب الموقع

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 1st 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 و الخيارات المدرجة في البرنامج. يرجى ترتيب أفضل ٥ اختيارات لك أدناه.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

اختيار عشوائي Random Selection

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 اختياراً عشوائياً 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.

رعاية أطفال إضافية Additional Childcare

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 خياراً 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

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

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 نهائية 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 الاب _____ 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 الرجاء كتابة أسماء المفوضين:

Name الاسم Phone Number رقم الهاتف Relationship to Child نوع القرابة

Name الاسم	Phone Number رقم الهاتف	Relationship to Child نوع القرابة
		Parent الأبوين
		Parent الأبوين

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

قسمة إذن رحلة المشي WALKING TRIP PERMISSION SLIP

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 20 , سبتمبر _____ to June 20 , يونيو _____.

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
Medical Authorization Form نموذج التفويض الطبي

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

Home Language Questionnaire (HLQ) استبيان لغة المنزل

STUDENT NAME اسم الطالب :		
First الاول	Middle الاوسط	Last الكنية
Date of Birth تاريخ الولادة:		GENDER الجنس :
		<input type="checkbox"/> Male ذكر
		<input type="checkbox"/> Female انثى
Month الشهر	Day اليوم	Year السنة
Parent /Person in Parental Relation info: 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.
شكراً لك

HOME LANGUAGE CODE كود اللغة الرئيسية

Language Background 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
حدد specify		
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
حدد specify		
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
حدد specify		
	<input type="checkbox"/> Guardian(s) الوصي	
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
حدد specify		
5. What language(s) does your child speak?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى
<input type="checkbox"/> Does not speak		

ما هي اللغة (اللغات) التي يتحدث بها طفلك	انجليزي	حدد specify	لا يتكلم
6. What language(s) does your child read? 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
7. What language(s) does your child write? 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:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	Student ID number NYS student informations system:
District Name (Number) & School	
Address	

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

التاريخ التربوي Educational History

8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school حدد إجمالي عدد السنوات التي التحق فيها طفلك بالمدرسة

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.

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

لست متأكد Yes نعم No لا Not sure

*If yes, please explain يرجى التوضيح نعم، إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____

How severe do you think these difficulties are شديدة نوعا ما Minor طفيفة Somewhat severe Very severe شديدة جدا

10a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past? No لا Yes نعم*

أدناه بالرجاء إكمال 10b below 10 *Please complete 10b below 10 هل تمت إحالة طفلك من قبل إلى تقييم التربية الخاصة في الماضي

10b. *If referred for an evaluation, has your child ever received any special education services in the past?

إذا تمت إحالته للتقييم، فهل تلقى طفلك أي خدمات تعليمية خاصة في الماضي

No لا Yes نعم - Type of services received نوع الخدمات المتلقاة: _____

Age at which services received (Please check all that apply): (العمر الذي يتم فيه تلقي الخدمات (يرجى تحديد كل ما ينطبق)

Birth to 3 years (Early Intervention) 3 to 5 years (Special Education) 6 years or older (Special Education)

6 سنوات أو أكبر (التربية الخاصة) 3 إلى 5 سنوات (التربية الخاصة) من الميلاد إلى 3 سنوات (التدخل المبكر)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP) No لا Yes نعم

11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)

هل هناك أي شيء آخر تعتقد أنه مهم للمدرسة أن تعرفه عن طفلك؟ (على سبيل المثال، المواهب الخاصة، والمخاوف الصحية، وما إلى ذلك)

12. In what language(s) would you like to receive information from the school?

ما هي اللغة (اللغات) التي ترغب في تلقي المعلومات من المدرسة

Month الشهر : Day اليوم : Year السنة :

Signature of Parent or of Person in Parental Relation

Date التاريخ

توقيع ولي الأمر أو الوصي

Relationship to student القرابة: Mother الام Father الأب Other أخرى: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME:	POSITION:
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME:	POSITION:
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
Mo DAY YR.	<input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	

NAME:	POSITION:
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:	PROFICIENCY LEVEL TO CSE RECOMMENDATION: ACHIEVED ON NYSITELL:
Mo DAY YR.	
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT	

⌚ ENTERING ⌚ EMERGING
⌚ TRANSITIONING
⌚ EXPANDING ⌚ COMMANDING

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

مسح الأسر المعيشية HOUSEHOLD SURVEY

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

الأسرة ذات الوالد الوحيد _____ yes نعم _____ no لا Single Parent Household

طفل بالتبني _____ yes نعم _____ no لا Foster Child

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

سكن مؤقت _____ yes نعم _____ no لا Temporary Housing

عمل الوالد / الوصي _____ yes نعم _____ no لا Parent/Guardian Working

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

ولي الأمر / الوصي رقم #1 _____ Parent/Guardian #1

ولي الأمر / الوصي رقم #2 _____ Parent/Guardian #2

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

ولي الأمر / الوصي على البطالة _____ yes نعم _____ no لا Parent/Guardian on Unemployment

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

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

الشاشات التنموية DEVELOPMENTAL SCREENINGS

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

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ورقة المعلومات Information Sheet

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) اسم الوالد / الوصي: _____

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

2021-22 School Year

Return form to your school
ONLY IF YOU OBJECT
to your child's photo being
published.

منع النشر DO NOT RELEASE
الورقة الإعلامية MEDIA FORM

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 أريد 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 أريد 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

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT **متطلبات الفحص البدني**

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, 1st grade, 3rd grade, 5th grade, 7th grade, 9th grade and 11th 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 ممرضة 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 **اختياري - شهادة صحة الأسنان**

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. يُكمّله ولي الأمر أو الوصي (يرجى الكتابة)**

Child's Name اسم الطفل : Last الكنية First الاسم الأول Middle الوسط		
Birth Date تاريخ الميلاد : / / Month Day Year	Sex الجنس : Male ذكر Female انثى	Will this be your child's first visit to a dentist? Yes نعم No لا هل ستكون هذه أول زيارة لطبيب الأسنان

School Name اسم المدرسة :	Grade الصف
----------------------------------	-------------------

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 2. 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.

INSERT UPDATED HEALTH FORM PAGE 1

أدخل صفحة نموذج صحي محدث ١

INSERT UPDATED HEALTH FORM PAGE 2

أدخل صفحة نموذج صحي محدث ٢

Paul Reinisch, Coordinator
Health, Physical Education
Recreation, Athletics & Safety
(518) 328-5417
I.G. Racela, MD, Medical Officer
(518) 328-5425

الموافقة على العلاج من قبل مقدم الرعاية CONSENT TO ADMINISTER MEDICATION

Dear Parent/Guardian عزيزي ولي الأمر / الوصي :

A list of medications, which will be available in your school's Health Office, are listed below. Due to New York State Education Department regulations, the following medications will only be administered with your health care provider's written order and your written permission.

قائمة الأدوية ، التي ستكون متاحة في مكتب الصحة بمدركستك ، مذكورة أدناه. نظرًا للوائح وزارة التعليم في ولاية نيويورك ، لن يتم إعطاء الأدوية التالية إلا بأمر مكتوب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك وإذن الكتابي.

Please have your health care provider check the medications appropriate for your child.

يرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بفحص الأدوية المناسبة لطفلك.

Only one student per form is allowed. Each student must have this individual medication order on file.

يُسمح بطالب واحد فقط لكل نموذج. يجب أن يكون لكل طالب طلب الدواء الفردي هذا في الملف.

Please return the signed completed form to the Health Office of your school.

يرجى إعادة النموذج المكتمل الموقع إلى مكتب الصحة في مدرستك.

تعليقات Comments

_____ **Acetaminophen – 325 mg – pain relief** - مسكن للألام

_____ **Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable-pain**

سائل / ألم قابل للمضغ

_____ **Antacid – liquid - relief of upset stomach**

مضاد للحموضة - سائل - يزيل اضطراب المعدة

_____ **Hydrocortisone topical cream 1%**

% كريم موضعي هيدروكورتيزون 1

_____ **Benadryl Cream** كريم بينادريل

_____ **Benzalkonium-antiseptic solution**

محلول بنزالكونيوم المطهر

_____ **Calamine – relieves itching** كالامين - يخفف الحكة

_____ **Orajel – oral pain relief** أوراجل - لتخفيف الآلام عن طريق الفم

_____ **Vaseline Lotion and Ointment** مرهم وغسول فازلين

Student Name اسم الطالب _____ Date of Birth تاريخ الولادة _____

School المدرسة _____ Grade الصف _____

PHYSICIAN SIGNS HERE هنا الطبيب يوقع

Health Care Providers Signature توقيع مقدم الرعاية الصحية _____

Phone رقم الهاتف # _____ Date التاريخ _____

PARENT SIGNS HERE هنا الوالدين يوقع

Parent/Guardian Signature توقيع ولي الأمر / الوصي _____

Phone رقم الهاتف # _____ Date التاريخ _____

Pupil Personnel Services

Donna Fitzgerald, Director
Pupil Personnel Services

475 First Street
Troy, New York 12180

(518) 328-5006 Director's Office
(518) 328-5075 Main Office
(518) 279-7600 Fax

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 للأهلية للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. يتوفر المزيد من (CSE) لتقييم لجنة المقاطعة للتعليم الخاص المعلومات 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 - الإنجليزية - <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 اعلاه

