

Central Registration

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

Registration Checklist for K-12 Registration Applicants قائمة مراجعة التسجيل لمقدمي طلبات التسجيل من روضة الأطفال إلى الصف الثاني عشر

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

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 حاضراً مع صورة هوية في مكتب التسجيل المركزي الموجود في عنوان 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 صباحاً - ٣ مساءً. خلال فترات الراحة المدرسية والصيف ، تكون الساعات ٧ صباحاً - ٢ مساءً.

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

The following documents are also required for registration: المستندات التالية مطلوبة أيضاً 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 ودیعة خدمات (مؤرخة قبل ٣٠ يوماً من التسجيل)
 - Lease or rental agreement عقد الإيجار أو السكن
 - Mortgage statement بيان الرهن العقاري
 - 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 الختية على الموقع أعلاه)
- ☐ Photo identification of parent/guardian تحديد صورة للوالد / الوصي
- ☐ Dental Health Certificate (optional) شهادة صحة الأسنان (اختياري)

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 تأكيداً من إدارة التسجيل المركزية.

Questions? Contact Central Registration at (518) 328-5007

Fax: (518) 271-5445 Email: reg@troycsd.org أسئلة؟ اتصل بالتسجيل المركزي

Arabic Interpreter: Nicole (518) 431-9281

المتربة العربية: نيكول

Spanish Interpreter Loreley (518) 416-6343

المتربة الاسبانية: لورلي

Troy Schools مدارس تروي

Elementary Schools: المدارس الابتدائية

School 2 – 470 Tenth Street المدرسة ٢

School 14 – 1700 Tibbits Avenue المدرسة ١٤

School 16 – 40 Collins Avenue المدرسة ١٦

School 18 – 412 Hoosick Street المدرسة ١٨

Carroll Hill School – 112 Delaware Avenue كارول هيل

Troy Middle School مدرسة تروي المتوسطة

1976 Burdett Avenue

Troy High School مدرسة تروي الثانوية

1950 Burdett Avenue

قائمة التحقق من المستندات المطلوبة Required documents checklist

- (1) شهادة صحية موقعة من الطبيب Health Certificate signed by a doctor
- (2) سجل التطعيمات الحديثة Up-to-date Immunization Record
- (3) شهادة الميلاد Birth Certificate
- (4) Proof of Residency (one of the following must be provided)
إثبات الإقامة (يجب تقديم واحد مما يلي)
 - Utility bill or deposit (dated 30 days prior to registration)
فاتورة أو ودیعة خدمات (مؤرخة قبل 30 يومًا من التسجيل)
 - Lease or rental agreement عقد إيجار أو عقد إيجار
 - Mortgage Statement بيان الرهن العقاري
 - Affidavit of Residence إفادة خطية من الإقامة

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/>
ينطبق فقط إذا كان أحد الوالدين يعيش في مسكن لا يستأجره أو يمتلكه باسمه. يمكن العثور على الشهادة على
- (5) تحديد صورة الوالد / ولي الأمر Photo Identification of Parent/Guardian
- (6) شهادة صحة الأسنان (اختياري) Dental Health Certificate (optional)

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

Questions? اتصل بالتسجيل المركزي على 518-328-5007
رقم الفاكس 518-271-5445 Fax#
البريد الإلكتروني reg@troycsd.org Email:
قسم التربية الخاصة 518-328-5075 Special Education Department at

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

مدارس تروي TROY SCHOOLS

Elementary Schools المدارس الابتدائية

School 2 – 470 Tenth Street المدرسة ٢
School 14 – 1700 Tibbits Avenue المدرسة ١٤
School 16 – 40 Collins Avenue المدرسة ١٦
School 18 -412 Hoosick Street المدرسة ١٨
Carroll Hill School – 112 Delaware Avenue

كارول هيل

Troy Middle School

مدرسة تروي المتوسطة

1976 Burdett Avenue

Troy High School

مدرسة تروي الثانوية

1950 Burdett Avenue

استبيان السكن Housing Questionnaire

Name of School المدرسة : _____ Grade الصف : _____

Name of Student : _____

اسم الطالب Last الكنية First الاسم الأول Middle الاسم الاوسط

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

Address العنوان : _____ Zip الرمز البريدي : _____

Phone الهاتف : _____

The answer you give below will help the District determine what services you or your child may be able to receive 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.

ستساعد الإجابة التي تقدمها أدناه المقاطعة في تحديد الخدمات التي قد تتمكن أنت أو طفلك من تلقيها بموجب قانون ماكيني فينتو يحق لك التسجيل الفوري في المدرسة حتى لو لم يكن لديهم المستندات المطلوبة بشكل طبيعي ، مثل إثبات ذلك الإقامة أو السجلات المدرسية أو سجلات التطعيم أو شهادة الميلاد. قد يحق أيضاً للطلاب الذين يتمتعون بالحماية بموجب قانون ماكيني فينتو 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

Date التاريخ

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

STUDENT REGISTRATION FORM

استمارة تسجيل الطالب STUDENT REGISTRATION FORM

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: _____/_____/_____
العنوان Street الشارع Apt/Fir شقة City المدينة NY 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 احد في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة

Office Use Only

☐ NCLB ☐ SP ☐ Summer Serv

Date: ____/____/____

ID: _____

Home School: _____ School Enrolled: _____

Documents provided to the district:

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

- ☐ Birth Certificate ☐ Passport
☐ Court Papers
 ☐ DSS 299-District _____
 ☐ Custody
 ☒ Parent/Custodial Affidavits
 ☐ Adoption

Enrollment Exceptions:

- ☐ School Choice ☐ Opt In
☐ Wynantskill student ☐ Permission Rcvd
☐ N. Greenbush student ☐ Permission Rcvd
☐ Employee's child – District _____

- ☐ Foreign Exchange
☐ Tuition Paying – District _____

- ☐ Lunch Form Completed
☐ Network Form

- ☐ Immunization ☐ 14 Day Letter
☐ Religious Exemption
☐ Physical
☐ Dental certificate

Parent/Guardian Information معلومات الوالد / الوصي

Mother/ Guardian الأم / الوصي:

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

Relationship to child الوصي القانوني Mother الأم Step-parent زوج الأم Legal Guardian الوصي القانوني
Foster Parent الوالد بالتبني Other أخرى _____

Resides in Home يقيم 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 مختلفاً عن أعلاه Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

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

Email Address: _____ Phone call priority (1-3): Home _____ Work _____ Cell _____
عنوان البريد الإلكتروني _____ أولوية المكالمات الهاتفية (٣-١) المنزل العمل الخليوي

Father/ Guardian الوصي / الأب:

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

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

Resides in Home : يقيم 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
Street Apt/Flr City State Zip

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

Email Address: _____ Phone call priority (1-3): Home _____ Work _____ Cell _____
عنوان البريد الإلكتروني _____ أولوية المكالمات الهاتفية (٣-١) 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 1:

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 2:

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 القرابة نوع: _____

Other than parent/guardian شخص آخر غير ولي الأمرHome 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 المعلومات القانونية)**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 نعمWho retains legal custody بالحضانة القانونية من يحتفظ _____
Relationship to child القرابة نوع _____

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

☐ Legal guardianship document المقدمة وثيقة الوصاية القانونيةIs 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؟ كلا نعمIf yes, name of legal guardian(s) القانونيين (الأوصياء) اسم الوصي ، إذا كانت الإجابة بنعم ، _____
Relationship to child القرابة نوع _____Is the student in foster care رعاية التبني في رعاية الطالب؟ ☐ Yes نعم ☐ No لاIf yes, please provide copy of placement order (DSS-2999) يرجى تقديم نسخة من أمر (إذا كانت الإجابة بنعم ،
(التنسيق)**Additional Services (If Applicable) (إن وجدت خدمات إضافية)****Special Education Services خدمات التربية الخاصة**Does the student currently have an IEP (Individualized Education Plan) ☐ Yes نعم ☐ No لا
هل لدى الطالب حاليًا (خطة التعليم الفردي) IEPDoes your child receive any of the following type of services? هل يتلقى طفلك أيًا من أنواع الخدمات التالية؟
☐ Consultant Teacher مدرس استشاري ☐ Self-Contained Classroom فصل دراسي مستقل ☐ Resource Room
☐ 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

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

Other Services خدمات أخرى

خطة 504 Plan

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

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 services, he or she may not be attending their home school. If it is feasible, do you wish for siblings to attend the same school?
إذا كان طفلك يحتاج إلى تعليم خاص أو اللغة الإنجليزية كخدمة 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 _____ Date _____
توقيع ولي الأمر أو الوصي التاريخ

REQUEST FOR RECORDS طلب السجلات

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

Student الطالب: _____ Grade الصف: _____ Date of Birth تاريخ الميلاد: _____

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

Name of Former School: _____ Phone: _____
اسم المدرسة السابقة الهاتف

Address العنوان: _____ Fax الفاكس: _____

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

Office Use Only للاستخدام الجبهة الرسمية فقط

REQUEST FOR RECORDS

Please send records to:

Date sent: ____/____/____

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

Items Requested:

- Transcripts
- Current Report Cards
- Standardized Test Scores
- Regents Competency Test (RCT) Results
- NYS Regents Scores
- NYS Regents Science Labs
- Birth Certificate

○ NYS Proficiency Scores

- Cumulative Health Records/Immunizations
- Attendance Records
 - Psychological Evaluations
 - Disciplinary Records
- NYS _____ Grade Test Results
- Special Education Records, including most recent IEP

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

Parent Consent to Release Information

موافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات

Medical Authorization Form

نموذج التفويض الطبي

To Whom It May Concern: إلى من يهمه الامر

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 عالج 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

_____ يرجى كتابة الاسم Please Print Name

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 : _____

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. نعم. أي إجابات بـ "نعم". هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟ يرجى التوضيح مع تاريخ البدء ، أي إجابات بـ "نعم".

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 with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء
ALLERGIES الحساسيه				Anemia/Bleeding Disorder فقر الدم / اضطراب النزيف			
Food طعام				Sickle Cell فقر الدم المنجلي			
Bees النحل				Chronic Ear Infections التهابات الأذن المزمنة			
Environmental بيئي				Hearing Loss السمع			
Medication دواء				Hearing Aid السمع			
Eczema اكزيما				Speech Concerns مخاوف الكلام			

استبيان لغة المنزل (HLQ) Home Language Questionnaire

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. شكرا لك

HOME LANGUAGE CODE كود اللغة الرئيسية

خلفية اللغة Language Background		
(يرجى التحقق من كل ما ينطبق) (Please check all that apply.)		
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?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى	<input type="checkbox"/> Does not read
ما هي اللغة (اللغات) التي يقرأها طفلك؟	انجليزي	حدد specify	لا يقرأ
7. What language(s) does your child write?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other لغة أخرى	<input type="checkbox"/> Does not write
ما هي اللغة (اللغات) التي يستطيع طفلك كتابتها	انجليزي	حدد specify	لا يكتب

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address

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* No لا Not sure

☐ ☐ ☐ *If yes, please explain يرجى التوضيح إذا كانت الإجابة نعم ، يرجى التوضيح

How severe do you think these difficulties are ما مدى شدة هذه الصعوبات في رأيك ☐ Minor طفيفة ☐ Somewhat severe شديدة نوعا ما

☐ Very severe شديدة جدا

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

أدناه b/الرجاء إكمال 10 Please complete 10b below 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)

٦ سنوات أو أكبر (التربية الخاصة) ٣ إلى ٥ سنوات (التربية الخاصة) من الميلاد إلى ٣ سنوات (التدخل المبكر)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP) ☐ No لا ☐ Yes نعم ؟ هل لدى طفلك برنامج تعليمي فردي

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 educational 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

توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date التاريخ

Relationship to student نوع القرابة ☐ Mother الأم ☐ 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: ☐ No ☐ Yes

**DATE OF INDIVIDUAL
INTERVIEW:

OUTCOME OF

☐ ADMINISTER NYSITELL

INDIVIDUAL

☐ ENGLISH PROFICIENT

INTERVIEW:

☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEST

MO

DAY

YR.

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME:

POSITION:

N:

DATE OF NYSITELL

PROFICIENCY
LEVEL

ACHIEVED ON

☐ ENTERING

☐ EMERGING

☐ TRANSITIONING

☐ EXPANDING

☐ COMMANDING

ADMINISTRATION:

NYSITELL:

M
O.

DA
Y

YR.

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

NETWORK COMPUTING AND INTERNET SAFETY POLICY 4526

شبكة الحوسبة و سياسة 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 وأمن الإنترنت ، يرجى طباعة اسمك وتوقيعه أدناه للإقرار بقبولك

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 و احتفظ بجزء السياسة ل سجلاتك

STUDENTS الطلاب: إعادتها إلى المدير **RETURN TO PRINCIPAL**

BOE Approved 2-1-12

متطلبات الفحص البدني PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT

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 ، وروضة 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 continue 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 طبيبه / طبيبها ، يرجى ملء الشهادة الصحية من قبل الطبيب 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. شكرًا 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 ١٦
Phone 328-5120
Fax 274-4585

School 12 المدرسة ١٢
Home 328-5025
Fax 203-6874

Pre-K الروضة
Phone 328-5436
Fax 271-7692
School 2 المدرسة ٢
Phone 328-5620
Fax 271-5205

School 18 المدرسة ١٨
Phone 328-5520
Fax 274-4374
Troy Middle School المتوسطة
Phone 328-5323
Fax 271-5175

School 14 المدرسة ١٤
Phone 328-5825
Fax 274-0371
Troy High School 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 an oral health assessment 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 registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist 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 الاسم الأول First الاسم الأول Middle الاسم الأوسط	
Birth Date تاريخ الميلاد / / Month Day Year	Sex الجنس : Male ذكر Female أنثى
Will this be your child's first visit to a dentist? Yes نعم No لا هل ستكون هذه أول زيارة لطفلك 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 € No هل لاحظت أي مشكلة في الفم تتعارض مع قدرة طفلك على المضغ أو التحدث أو التركيز على الأنشطة المدرسية	
<p>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.</p> <p>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.</p>	
Parent's Signature	Date

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist يتم استكماله من قبل طبيب الأسنان

I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment)
The date of the assessment 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/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist'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): _____

II. 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 HEALTH CERTIFICATE PAGE 1

INSERT HEALTH CERTIFICATE PAGE 2

Paul Reinisch, Director
Health, Physical Education,
Recreation, Athletics & Safety

Dr. John O'Bryan
Medical Director
(518) 328-5425

Dear Parent/Guardian: الأهل / أولياء الأمور الأعزاء

Due to a change in 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. A list of medications, which will be available in your school's Health Office, are listed below. Please have your health care provider check the medications appropriate for your child.

نظراً لتغيير لوائح إدارة التعليم بولاية نيويورك ، لن يتم إعطاء الأدوية التالية إلا بأمر مكتوب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك وإذنك الكتابي. قائمة الأدوية ، التي ستكون متاحة في مكتب الصحة بمدرستك ، مذكورة أدناه. يرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بفحص الأدوية المناسبة لطفلك.

Only one student per form. Each student must have this individual medication order on file. *Please return the signed, completed form to the Health Office of your school.*

طلب واحد فقط لكل طالب. يجب أن يكون لكل طالب طلب الدواء الفردي في هذا الملف. يرجى إعادة الاستمارة الموقعة والمكتملة إلى مكتب الصحة في مدرستك.

Comments التعليقات

_____ Acetaminophen – 325 mg – pain relief	_____
_____ Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable – pain	_____
_____ Antacid – liquid – relief of upset stomach	_____
_____ Bacitracin topical ointment	_____
_____ Benadryl topical cream	_____
_____ Benzalkonium – antiseptic solution	_____
_____ Calamine – relieves itching	_____
_____ Chloraseptic Spray	_____
_____ Cough Drops (Middle & High School students only)	_____
_____ Hydrocortisone topical cream 1%	_____
_____ Orajel – oral pain relief	_____
_____ Tums (Middle & High School students only)	_____
_____ Vaseline Lotion and Ointment	_____

Student Name اسم الطالب _____ Date of Birth تاريخ الولادة _____

School المدرسة _____ Grade الصف _____

PHYSICIAN SIGNS HERE

Health Care Provider's Signature _____

توقيع مقدم الرعاية الصحية

signature الإمضاء

date التاريخ

Health Care Provider's Telephone # _____ رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية

PARENT SIGNS HERE

Parent/Guardian's Signature _____

امضاء ولي الامر

signature الإمضاء

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

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 للأهلية للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. يتوفر المزيد من المعلومات (CSE) لتقييم 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 - <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm> - الانجليزية

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

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