

Central Registration

التسجيل المركزي

475 First Street

Troy, New York 12180

(518) 328-5007

Registration Checklist for K-12 Registration Applicants

قائمة التحقق من التسجيل للمتقدمين للتسجيل من الروضة إلى الصف الثاني عشر

Welcome to the Troy City School District! مرحبًا بكم في منطقة مدارس مدينة 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 حاضرًا مع بطاقة هوية تحمل صورة في مكتب التسجيل المركزي الموجود في المدرسة ١٢، ٤٧٥ فيرست ستريت.

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

ساعات العمل من ٧:٣٠ صباحًا إلى ٣ مساءً. خلال فترات العطل المدرسية والصيف، تكون ساعات العمل من ٧ صباحًا إلى ٢ ظهرًا.

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 مراجعة المستندات المطلوبة

1. Health Certificate signed by a doctor شهادة صحية موقعة من الطبيب
2. Up-to-date immunization record سجل التحصينات الحديثة
3. Birth Certificate شهادة الميلاد
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 مرافق أو ودیعة (مؤرخة قبل 30 يومًا من التسجيل)
 - Lease or rental agreement عقد الإيجار أو الإيجار
 - Mortgage statement بيان الرهن العقاري
 - Affidavit of Residence (only applies if parents 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>)
 - إقرار الإقامة (ينطبق فقط إذا كان الوالدان يعيشان في مسكن لا يؤجرونه أو يمتلكونه باسمهم. يمكن العثور على الإقرار الخفي على الموقع أعلاه)
5. Photo identification of parent/guardian صورة هوية الوالد / الوصي
6. Dental Health Certificate (optional) شهادة صحة الأسنان (اختياري)
- 7.

أسئلة؟ اتصل بالتسجيل المركزي على أي من هذه المعلومات (518) 328-5007

Fax: (518) 328-5061 Email: reg@troycsd.org

Arabic Interpreter عربي مترجم Nicole (518) 431- 9281 نيكول

Spanish Interpreter إسباني مترجم Loreley (518) 416-6343 لورلاي

Troy Schools مدارس تروي

Elementary Schools: المدارس الابتدائية

School 2 – 470 Tenth Street

School 14 – 1700 Tibbits Avenue

School 16 – 40 Collins Avenue

School 18 – 412 Hoosick Street

Carroll Hill School – 112 Delaware Avenue

Troy Middle School مدرسة تروي المتوسطة

1976 Burdett Avenue

Troy High School مدرسة تروي الثانوية

1950 Burdett Avenue

استبيان الإسكان Housing Questionnaire

Name of School اسم المدرسة: _____ Grade الصف: _____

Name of Student: _____
اسم الطالب Last الكنية First الاسم الأول Middle الاسم الأوسط

Gender الجنس: Male ذكر | Female أنثى | Nonbinary غير ثنائي Date of Birth: ____/____/____
Month شهر Day يوم Year سنة تاريخ الميلاد

Address عنوان: _____/_____/_____
Street الشارع Apartment/Floor طابق City مدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Phone رقم الهاتف: (_____) - _____

The answer you give below will help the District determine what service 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.

ستساعد الإجابة التي تقدمها أدناه المنطقة في تحديد الخدمة التي قد تتمكن أنت أو طفلك من الحصول عليها بموجب قانون ماكينني فينتو. يحق للطلاب المحميين بموجب قانون ماكينني فينتو الالتحاق الفوري بالمدرسة حتى لو لم يكن لديهم المستندات المطلوبة عادة، مثل إثبات الإقامة أو السجلات المدرسية أو سجلات التحصين أو شهادة الميلاد. قد يحق أيضًا للطلاب المحميين بموجب قانون ماكينني فينتو الحصول على وسائل نقل مجانية وخدمات أخرى.

Where is the student currently living? Please check one box. أين يعيش الطالب حالياً؟ يرجى تحديد خانة واحدة

- In permanent housing في السكن الدائم
- In a shelter في ملجأ
- In a motel/hotel في فندق
- With another family or person because of loss of housing or economic hardship مع عائلة أو شخص آخر بسبب فقدان السكن أو الصعوبات الاقتصادية
- In a car, park, bus, train, or campsite في السيارة أو الحديقة أو الحافلة أو القطار أو المخيم
- Other temporary living situation: _____ حالة معيشية مؤقتة أخرى

Print name of Parent/Guardian or Student طباعة اسم ولي الأمر/الوصي أو الطالب

X

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

Date التاريخ

استمارة تسجيل الطالب Student Registration Form

Student Name اسم الطالب : _____ / _____ / _____
First الاول / Middle المتوسط / Last الكنية

Last Name of Parent/Guardian with whom student is living: _____

الاسم الأخير للوالد/الوصي الذي يعيش معه الطالب

Address: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان / Street الشارع / Apartment/Floor طابق / City مدينة / State ولاية / Zip الرمز البريدي

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? _____ ماهي اللغة المستخدمة في منزل الطالب

→ Are translation services needed هل خدمات الترجمة مطلوبة Yes نعم | No كلا

What language does the student speak and understand the most? _____

ما هي اللغة التي يتحدث بها الطالب ويفهمها أكثر

Ethnicity: Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin? Yes, Hispanic | No, not Hispanic

العرق: هل الطالب من أصل إسباني، لاتيني أم إسباني؟ نعم ، من أصل إسباني لا ، ليس من أصل إسباني

Race: Black / African American أسود / أمريكي من أصل أفريقي

White ابيض

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 | Nonbinary غير ثنائي

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Place of Birth: _____ / _____ / _____
تاريخ الميلاد / Month الشهر / Day اليوم / Year السنة / مكان الميلاد / City المدينة / State الولاية / Country البلد

Has the student previously attended a school in Troy هل التحق الطالب سابقاً بمدرسة في تروي Yes نعم | No كلا

→ If yes, what school? _____ إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هي المدرسة

Registering for Grade للتسجيل للصف: _____

If applicable, what was the entry date into the USA ? _____ / _____ / _____
إذا كان ذلك ممكناً، ما هو تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة الأمريكية / Month شهر / Day يوم / Year سنة

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

→ 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 أحد الوالدين/الوصي في الخدمة الفعلية في القوات المسلحة

Parent / Guardian Information معلومات الوالدين / الوصي

Mother/Guardian: _____ / _____ / _____
 الام First الاول / المتوسط Middle / الكنية Last

Relationship to child العلاقة بالطفل : Mother الام | Stepmother زوجة الأب | Legal Guardian حارس قانوني |
 Foster Parent إباء بالتبني | Other آخر: _____

Resides in Home المنزل في المقيم في? Yes نعم No لا Custodial Parent? الوالد الوصي Yes نعم No لا
 Receive Correspondence المراسلات? Yes نعم No لا Child pickup أخذ الطفل? Yes نعم No لا

Mailing Address if different from above: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن أعلاه) Street الشارع / Apartment/Floor طبق / مدينة City / ولاية State / الرمز البريدي Zip

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

Phone call priority (Please rank 1 – 3) ٣ - ١ (يرجى الرتبة ١ - ٣): Home منزل ___ Work عمل ___ Cell خليوي ___

Email Address البريد الالكتروني: _____ Email Type نوع البريد: Home منزل | Work عمل

Father/Guardian: _____ / _____ / _____
 الاب First الاول / المتوسط Middle / الكنية Last

Relationship to child العلاقة بالطفل : Father الأب | Stepfather زوج الأم | Legal Guardian حارس قانوني |
 Foster Parent إباء بالتبني | Other آخر: _____

Mailing Address if different from above: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
 العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً عن أعلاه) Street الشارع / Apartment/Floor طبق / مدينة City / ولاية State / الرمز البريدي Zip

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

Phone call priority (Please rank 1 – 3) ٣ - ١ (يرجى الرتبة ١ - ٣): Home منزل ___ Work عمل ___ Cell خليوي ___

Email Address البريد الالكتروني: _____ Email Type نوع البريد: Home منزل | Work عمل

Other Children Living in the Household: الأطفال الآخرون الذين يعيشون في الأسرة

Name الاسم: _____ Date of Birth تاريخ الميلاد: ____/____/____
 Month شهر / Day يوم / Year سنة

Gender الجنس: Male ذكر | Female أنثى | NonBinary غير ثنائي Past Registrant مسجل سابق Yes نعم | No لا

Name الاسم: _____ Date of Birth تاريخ الميلاد: ____/____/____
 Month شهر / Day يوم / Year سنة

Gender الجنس: Male ذكر | Female أنثى | NonBinary غير ثنائي Past Registrant مسجل سابق Yes نعم | No لا

Emergency Contacts جهة اتصال للطوارئ

Please list the names of ANY and ALL persons the 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 إدراج أسماء جميع الأشخاص الذين يُسمح لمدارس تروي بالاتصال بهم أو السماح لهم بأخذ طفلك في حالة الطوارئ، بما في ذلك المرض أو الإصابة الخطيرة أو الفصل المبكر من المدرسة أو حالة الإخلاء الطارئة.

Emergency Contact #1 ١ Name الاسم: _____
Other than parent/guardian بخلاف الوالد/الوصي

Relationship to Student نوع القرابة: _____

Home Phone هاتف المنزل (___) - _____ Work Phone هاتف العمل (___) - _____

Cell Phone الخليوي (___) - _____

Address: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان Street الشارع Apartment/Floor طابق City مدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Emergency Contact #2 ٢ Name الاسم: _____
Other than parent/guardian بخلاف الوالد/الوصي

Relationship to Student نوع القرابة: _____

Home Phone هاتف المنزل (___) - _____ Work Phone هاتف العمل (___) - _____

Cell Phone الخليوي (___) - _____

Address: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان Street الشارع Apartment/Floor طابق City مدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Emergency Contact #3 ٣ Name الاسم: _____
Other than parent/guardian بخلاف الوالد/الوصي

Relationship to Student نوع القرابة: _____

Home Phone هاتف المنزل (___) - _____ Work Phone هاتف العمل (___) - _____

Cell Phone الخليوي (___) - _____

Address: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان Street الشارع Apartment/Floor طابق City مدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Emergency Contact #4 ٤ Name الاسم: _____
Other than parent/guardian بخلاف الوالد/الوصي

Relationship to Student نوع القرابة: _____

Home Phone هاتف المنزل (___) - _____ Work Phone هاتف العمل (___) - _____

Cell Phone الخليوي (___) - _____

Address: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان Street الشارع Apartment/Floor طابق City مدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Please answer the following only if the student relocated due to a Natural, Civil, or Health Disaster يرجى الإجابة على ما يلي فقط إذا تم نقل الطالب بسبب كارثة طبيعية أو مدنية أو صحية

Please check one of the boxes below and provide the name of the crisis or disaster that led to the student relocating: يرجى تحديد أحد المربعات أدناه وتقديم اسم الأزمة أو الكارثة التي أدت إلى انتقال الطالب:

- Natural Disaster (Hurricane, Tropical Storm, Tornado, Wildfire, Landslide, Tsunami, Sinkhole)
الكوارث الطبيعية (الإعصار، العاصفة الاستوائية، الإعصار، حرائق الغابات، الانهيارات الأرضية، تسونامي، الحفرة)
- Civil Disaster (War {asylee, refugee}, Fire Accidents, Industrial Accidents)
الكوارث المدنية (الحرب، اللاجئين)، حوادث الحرائق، الحوادث الصناعية)
- Health (Pandemics and/or Epidemics) الصحة: الأوبئة
- Other آخر: _____

Name of the crisis or disaster: اسم الأزمة أو الكارثة: _____

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 نعم كلا

Who retains legal custody? من يحتفظ بالحضانة القانونية? _____

Relationship to child نوع القرابة _____

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

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) إذا كانت الإجابة بنعم، اسم الوصي (الأوصياء) القانونيين _____

Relationship to child نوع القرابة _____

Is the student in foster care? هل الطالب في رعاية التبني? Yes No لا نعم

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) 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 حالياً خطة التعليم الفردي (IEP) هل لدى الطالب حالياً

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

Consultant Teacher Self-Contained Classroom Resource Room Out of District Class (BOCES or QUESTAR)

لا No Yes نعم خارج فئة المنطقة

Related Services الخدمات ذات الصلة

Speech and Language Therapy Occupational Therapy Physical Therapy Counseling

علاج وظيفي علاج النطق واللغة الاستشارة علاج فيزيائي

أخرى ، يرجى التوضيح Other, please describe _____

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

Math English Language Arts Science Social Studies فنون اللغة الإنجليزية 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 إذا كانت

أخرى Other _____ ؟ الإجابة بنعم ، فما عدد سنوات الخدمة

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, please complete the Migrant Education Form located at the end of the packet (page 20).

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إكمال نموذج تعليم المهاجرين الموجود في نهاية الحزمة (الصفحة ٢٠).

Parent Statement بيان الوالدين

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.

X

Parent or Guardian Signature توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date التاريخ

All documents are to be returned to يجب إرجاع جميع المستندات إلى

Troy City School District Central Registration Office

School 12, 475 First St., Troy, NY 12180

Phone: (518) – 328 – 5007 Fax: (518) – 328 – 5061

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 عنوان: _____ / _____ / _____ Fax فاكس: (_____) - _____
Street شارع City مدينة State ولاية Zip رمز البريدي

 X
 Parent or Guardian Signature توقيع ولي الأمر أو الوصي

 Date تاريخ

Office Use Only

Request for Records

✓	SCHOOL	ADDRESS	PHONE / FAX	CONTACT
	Troy High School	1950 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5472 F: (518) 271-5164	Guidance Office Guidance@troycsd.org
	Troy Middle School	1976 Burdett Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5365 F: (518) 271-5492	Guidance Office walkerd@troycsd.org
	Carroll Hill School	112 Delaware Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5703 F: (518) 274-4587	Kate Talham
	School 2	470 Tenth Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5603 F: (518) 271-5205	Nickole Farnan
	School 14	1700 Tibbits Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5803 F: (518) 274-0371	Dana Thornton
	School 16	40 Collins Avenue Troy, NY 12180	P: (518) 328-5103 F: (518) 328-5138	Pat Smith
	School 18	412 Hoosick Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5503 F: (518) 328-5147	Emily Ruffinen
	Central Registration	School 12 475 First Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5007 F: (518) 328-5061	Central Registration Office Reg@troycsd.org
	Special Education Department	School 12 475 First Street Troy, NY 12180	P: (518) 328-5075 F: (518) 328-5060	Pupil Services Office

Items Requested:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transcripts <input type="checkbox"/> Current Report Cards <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores <input type="checkbox"/> Regents Competency Test (RCT) results <input type="checkbox"/> NYS Regents Scores <input type="checkbox"/> NYS Regents Science Labs <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> NYS Proficiency Scores | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cumulative Health Records/Immunizations <input type="checkbox"/> Attendance Records <input type="checkbox"/> Psychological Evaluations <input type="checkbox"/> Disciplinary Records <input type="checkbox"/> NYS _____ Grade Test Results <input type="checkbox"/> Special Education Records, including most recent IEP |
|---|--|

Thank you for your prompt attention to this matter

Parent Consent to Release Information Medical Authorization Form

موافقة ولي الأمر على نشر المعلومات
نموذج الترخيص الطبي

To whom it may concern, لمن يهمله الأمر,

In regard to my child فيما يتعلق بولدي: _____ 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 my child 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.

أفوض بموجب هذا أي طبيب أو ممرضة قامت برعاية طفلي أو فحصه أو علاجه بتزويد معلميه/ها أو الموظفين المعنيين الذين يتصل بهم طفلي

يوماً بآي وجميع المعلومات والتي قد تكون ضرورية فيما يتعلق بحالته البدنية السابقة أو الحالية والعلاج المقدم لذلك، للتأكد من أن موظفي المدرسة المذكورين على دراية كاملة بحالته ولحماية صحتهم وسلامتهم.

Print name of Parent/Guardian اطلع اسم ولي الأمر/الوصي

X

Parent/Guardian Signature توقيع الوالد/الوصي

Date التاريخ

خدمات الصحة المدرسية School Health Services

Entering Date تاريخ الدخول _____ Grade الصف _____ School المدرسة _____ Sex الجنس _____
 Student Name اسم الطالب _____ Address العنوان _____ D.O.B 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

هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟ يرجى التوضيح مع تاريخ البدء ، أي إجابات بـ "نعم". Please explain with date of onset, any "yes" answers.

	No كلا	Yes نعم	Explain with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء		No كلا	Yes نعم	Explain with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء
Allergies: حساسية				Anemia/Bleeding Disorder فقر الدم / اضطراب النزيف			
→ Food طعام				Sickle Cell فقر الدم المنجلي			
→ Bees نحل				Chronic Ear Infections التهابات الأذن المزمنة			
→ Environmental بيئي				Hearing Loss فقدان السمع			
→ Medication دواء				Hearing Aid السمع			
→ Eczema اكزيما				Speech Concerns مخاوف الكلام			
Asthma الربو				Vision Problems (Glasses, Contacts) النظارات مشاكل في الرؤية			
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 ثقب في القلب				Arthritis التهاب المفاصل			
Cardiac Conditions/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 تحت الرعاية الطبية الحالية			

List any special medical problems, serious injuries, or gym restrictions: _____

ضع قائمة بأي مشاكل طبية خاصة أو إصابات خطيرة أو قيود الصالة الرياضية

X

Parent or Guardian Signature توقيع ولي الأمر/ الوصي

Date التاريخ

استبيان لغة المنزل (HLQ) Home Language Questionnaire

Dear Parent or Person in Parental Relation:

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 these sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these question 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

Student Name: _____ / _____ / _____
اسم الطالب First الأول Middle المتوسط Last الكنية

Date of Birth: _____ / _____ / _____
تاريخ الولادة Month شهر Day يوم Year سنة

Gender الجنس: Male ذكر | Female أنثى | Nonbinary غير ثنائي

Parent / Person الوالد الشخص
in Parental Relation Info: _____ / _____ / _____
علاقته بالأهل First الأول Middle المتوسط Last الكنية

Home Language Code الرمز اللغوية الرئيسية: _____

Language Background (Please check all that apply.)

الخلفية اللغوية (يرجى تحديد 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 انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other اخرى	
1. What was the first language your child learned? ما هي أول لغة تعلمها طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other اخرى	
2. What is the home language of each Parent / Guardian? ما هي اللغة المنزلية لكل ولي أمر/ ولي أمر؟	Parent 1 الوالد 1 _____	Parent 2 الوالد 2 _____ Guardian(s) الوصي _____	
3. What language(s) does your child understand? أي لغة يفهم طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other	
4. What language(s) does your child speak? أي لغة يتكلم طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other اخرى	<input type="checkbox"/> Does not speak لا يتكلم
5. What language(s) does your child read? أي لغة يقرأ طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other اخرى	<input type="checkbox"/> Does not read لا يقرأ
6. What language(s) does your child write? أي لغة يكتب طفلك؟	<input type="checkbox"/> English انكليزي	<input type="checkbox"/> _____ Other اخرى	<input type="checkbox"/> Does not write لا يكتب

School District Information معلومات المدرسة	Student ID Number in NYS Student Information System رقم هوية الطالب في نظام معلومات الطالب في ولاية نيويورك
District Name (Number) & School الاسم والعنوان	Address العنوان

استبيان اللغة المنزلية الصفحة ٢ Page 2 Home Language Questionnaire (HLQ)

التاريخ التربوي Educational History

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

8. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his/her ability to understand, speak, read, or write in English or any other language?
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 * | No كلا | Not Sure لا أعلم

* If yes, please explain: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التوضيح: _____
How severe do you think these difficulties are ما مدى شدة هذه الصعوبات في رأيك؟
 Minor طفيفة Somewhat severe شديدة نوعاً ما Very severe شديدة جداً

10a. Has your child ever been referred for a special education evaluation in the past? No لا Yes نعم *
هل تمت إحالة طفلك من قبل إلى تقييم No لا Yes نعم *
الرجاء إكمال 10b أدناه *Please complete 10b below

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): Birth to 3 years (Early Intervention) 3 to 5 years (Special Education) 6 years or older (Special Education)
العمر الذي يتم فيه تلقي الخدمات (يرجى تحديد كل ما ينطبق): ٦ سنوات أو أكبر (التربية الخاصة) ٣ إلى ٥ سنوات (التربية الخاصة) من الولادة 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 (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

X

Parent or Guardian Signature / الوصي / توقيع ولي الأمر

Date / التاريخ

Relationship to student / نوع القرابة: Parent / الأهل Other / آخر _____

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: _____ / _____ / _____ Month Day Year	Outcome of Individual Interview: <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: _____ / _____ / _____ Month Day Year	Proficiency Level Achieved on NYSITELL: <input type="checkbox"/> Entering <input type="checkbox"/> Emerging <input type="checkbox"/> Transitioning <input type="checkbox"/> Expanding <input type="checkbox"/> Commanding
For students with disabilities, list accommodations, if administered in accordance with IEP pursuant to CSE recommendation: _____	

Networking Computing and Internet Safety Policy 4526

سياسة الحوسبة الشبكية وسلامة الإنترنت ٤٥٢٦
إقرار المستخدم USER ACKNOWLEDGEMENT

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 issues to you when signed.

بعد قراءة سياسة حوسبة الشبكات وأمن الإنترنت، يرجى طباعة اسمك وتوقيعه أدناه مع الإقرار بقبولك لسياسة ٤٥٢٦ وشروطها. سيتم إصدار نسخة تحتوي على معرف المستخدم وكلمة المرور الخاصة بك 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: _____

توقيع المدير/المشرف

DATE التاريخ: _____

Upon request a copy of the policy can be provided. ويمكن توفير نسخة من السياسة عند الطلب

Faculty/staff: return to human resources أعضاء هيئة التدريس/الموظفون: العودة إلى الموارد البشرية

Students: return to principal الطلاب: العودة إلى المدير

متطلبات الفحص البدني Physical Examination Requirement

New York State Education Law requires that all children attending school in New York State have a physical examination and dental screening at the following grade levels: **Pre-Kindergarten, Kindergarten, 1st grade, 3rd grade, 5th grade, 7th grade, 9th grade, 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 examinations 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 advice 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. شكرا 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

الروضة Pre-K
Phone: 328-5436

المدرسة 2 School 2
Phone: 328-5603
Fax: 271-5205

Troy Community School
مدرسة تروي المجتمعية
Phone: 328-5083
Fax: 328-5148

المدرسة 14 School 14
Phone: 328-5803
Fax: 274-0371

المدرسة 16 School 16
Phone: 328-5103
Fax: 328-5138

المدرسة 18 School 18
Phone: 328-5501
Fax: 328-5147

Carrol Hill School
كارول هيل
Phone: 328-5703
Fax: 274-4587

Troy Middle School
المدرسة المتوسطة
Phone: 328-5365
Fax: 271-5492

Troy High School
المدرسة الثانوية
Phone: 328-5472
Fax: 271-5164

Dental Health Certificate- Optional شهادة صحة الأسنان - اختياري

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment at the same time a health examination is required. 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)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date: / /	Sex: <input type="checkbox"/> Male	Will this be your child's first oral health assessment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Month Day Year	<input type="checkbox"/> Female	

School: Name	Grade
--------------	-------

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

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 Date

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

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 Dentist's/Dental Hygienist's Signature
(please print or stamp)

--	--

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.

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM نموذج الملف الصحي لمدرسة نيويورك المطلوبة
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

يجب أن يتم استكمالها من قبل مقدم الرعاية الصحية الخاص أو المدير الطبي للمدرسة

IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE إذا لم يتم تقييم المنطقة، أشر إلى عدم القيام بذلك

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:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Asthma	<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
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached Date of last seizure:
<input type="checkbox"/> Diabetes	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): < 5th 5th- 49th 50th- 84th 85th- 94th 95th- 98th 99th and >

Hyperlipidemia: Yes Not Done

Hypertension: Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for Pre-K & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5 \mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits
 Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<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/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<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:		Affirmed Name (if applicable):			DOB:	
SCREENINGS						
Vision & Hearing Screenings Required for Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, & 11						
Vision	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done	
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<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						
Hearing 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.					Not Done	
Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail		Referral <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>	
Notes						
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>	
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK						
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act						
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <u>If Restrictions Apply</u> – Complete the information below						
<input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:						
<input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.						
<input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.						
<input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.						
<input type="checkbox"/> Other Restrictions:						
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.						
Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V						
Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.						
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.						
MEDICATIONS						
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached						
COMMUNICABLE DISEASE				IMMUNIZATIONS		
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam				<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER						
Healthcare Provider Signature:						
Provider Name: <i>(please print)</i>						
Provider Address:						
Phone:				Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.						

الموافقة على اعطاء الدواء Consent to Administer Medication

Dr. John O'Bryan
Medical Director

Dear Parent/Guardian, الأهلالي/ ولي الأمر

Dear Parent/Guardian,
(518) 328-5425

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.

نظرًا للتغيير في لوائح وزارة التعليم بولاية نيويورك، لن يتم إعطاء الأدوية التالية إلا بموجب من الطبيب الخاص بك و إذن كتابي منك. قائمة الأدوية التي ستكون متاحة في مكتب الصحة بمدركستك مدرجة أدناه. يرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بالتحقق من 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.

طالب واحد فقط في كل استمارة. يجب أن يكون لدى كل طالب طلب الدواء الفردي هذا في الملف. يرجى إعادة النموذج الموقع والمكتمل إلى مكتب الصحة في مدرستك.

تعليق Comments

_____ Acetaminophen – 325 mg – pain relief مسكن ألم

_____ Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable – pain
سائل / ألم قابل للمضغ

_____ Antacid – liquid – relief of upset stomach
مضاد للحموضة - سائل - يزيل اضطراب المعدة

_____ Bacitracin topical ointment مرهم باسيتراسين الموضعي

_____ Benadryl topical cream كريم بينادريل

_____ Benzalkonium – antiseptic solution
محلول بنزالكونيوم المطهر

_____ Calamine – relieves itching كالامين - يخفف الحكة

_____ Chloraseptic Spray رذاذ الكلوراسيب

_____ Cough Drops (Middle & High School students only)
قطرات السعال (طلاب المدارس المتوسطة والثانوية فقط)

_____ Hydrocortisone topical cream 1%
كريم موضعي هيدروكورتيزون 1

_____ Orajel – oral pain relief وراجل - لتخفيف الألم عن طريق الفم

_____ Tums (Middle & High School students only)
Tums (طلاب المدارس المتوسطة والثانوية فقط)

_____ Vaseline Lotion and Ointment مرهم وغسول فازلين

Student Name اسم الطالب: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____
سنة Year / يوم Day / شهر Month تاريخ الولادة

School المدرسة: _____ Grade الصف: _____

X
Health Care Provider Signature توقيع مقدم الرعاية الصحية

Date التاريخ

X
Parent or Guardian Signature امضاء الأهل/ ولي الأمر

Date التاريخ

This form is to be completed by a physician, signed by a parent, and returned to the Health Office

يجب إكمال هذا النموذج من قبل الطبيب، وتوقيعه من قبل أحد الوالدين، وإعادته إلى مكتب الصحة

Pupil Personnel Services

خدمات شؤون الطلاب

Donna Fitzgerald, Director

(518) 328-5075

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 منطقة مدارس ا تروي خدمات وبرامج تعليمية خاصة للطلاب ذوي الإعاقة وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. يجوز لأي والد أو شخص له علاقة أبوية يشتبه في أن طفله يعاني من إعاقة أن يحيل الطفل إلى التقييم من قبل لجنة التعليم الخاص بالمنطقة (CSE) لتحديد أهليته للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. تتوفر معلومات أكثر تفصيلاً حول هذه العملية في دليل الوالدين للتعليم الخاص، والذي يتم نشره على الموقع الإلكتروني لإدارة التعليم بولاية نيويورك باللغتين الإنجليزية والإسبانية.

A Parent's Guide الالهل – <https://www.nysed.gov/special-education/parents-guide-special-education>

Parents or persons in parental relations should contact the District's Director of Pupil Personnel Services, Donna Fitzgerald, at School 12, 475 First Street, Troy, NY 12180, or by calling (518) 328-5075.

يجب على أولياء الأمور أو الأشخاص الذين لهم علاقات أبوية الاتصال بمديرة خدمات شؤون التلاميذ في المنطقة، دونا فيتزجيرالد، في المدرسة ١٢ على الرقم اعلاه.



New York State Migrant Education Program برنامج تعليم المهاجرين في ولاية نيويورك مكتب تحديد الهوية والتوظيف Parent Survey مسح الوالدين

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provide 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.

برنامج تعليم المهاجرين (MEP) مرخص بموجب الباب الأول، الجزء ج من قانون التعليم الابتدائي والثانوي (ESEA). يقدم برنامج MEP مجموعة متنوعة من الخدمات التعليمية للأسر التي تعمل في الزراعة، بغض النظر عن جنسيتهم أو وضعهم القانوني. هذا البرنامج مجاني لجميع الأسر المؤهلة وقد يشمل دروساً خصوصية وأهلية غداء مدرسية مجانية ورحلات ميدانية تعليمية وبرامج صيفية وأنشطة مشاركة أولياء الأمور واحتياجات الطوارئ والإحالات إلى خدمات أخرى حسب الحاجة.

Please take a few minutes to complete this questionnaire. من فضلك خذ بضع دقائق لإكمال هذا الاستبيان.

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

هل عمل أحد أفراد عائلتك أو بحث عن عمل في المهن 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 التبن أو الألبان أو محاصيل الفاكهة أو الخضار أو الدواجن أو صيد الأسماك أو الحضانة / الدفيئة وغيرها)
- Work related to logging, harvesting, or the initial processing of trees.
الأعمال المتعلقة 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, etc.) ذلك العمل في أحد مصانع تجهيز الأغذية (مثل مصانع تجهيز اللحوم أو الدواجن، وتعبئة الفواكه أو الخضروات، وما إلى ذلك)

If you answer NO, please check this box إذا كانت إجابتك لا، يرجى وضع علامة في هذا المربع



If you answer YES, please provide your contact information below: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بك أدناه

Parent/Guardian Name اسم الوالد/الوصي: _____

Home address عنوان المنزل: _____

Telephone number رقم الهاتف: (_____) - _____ - _____ Best time to be reached أفضل وقت للإتصال: _____ AM / PM

Previous address عنوان السابق: _____

Student name اسم الطالب: _____ Age عمر: _____ Grade الصف: _____

Student name اسم الطالب: _____ Age عمر: _____ Grade الصف: _____

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 الورقة، يرجى إرسالها بالفاكس أو بالبريد إلى مكتب تحديد وتوظيف برنامج تعليم المهاجرين في نيويورك. على المعلومات أعلاه

