

Checklist for Prekindergarten (4 year-olds)

Registration Applicants المتقدمين للتسجيل

Welcome to Troy Schools!

Attention Parent/Guardian: Your child must be age 4 by December 1, 2025 for the 2025-26 school year. يجب أن يكون الوالد أو الوصي حاضراً مع صورة هوية في مكتب التسجيل المركزي من أجل تسجيل الطفل. يجب أن يبلغ طفلك من العمر ٤ سنوات بحلول ١ ديسمبر ٢٠٢٥ للعام الدراسي ٢٠٢٥-٢٦.

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

يرجى إكمال حزمة تسجيل واحدة لكل طفل تقوم بتسجيله. بمجرد الانتهاء من حزمة التسجيل، يرجى إحضار الحزمة والمستندات المطلوبة، المذكورة أدناه، إلى إدارة التسجيل المركزي.

A parent or guardian must be present with photo identification at the Central Registration Office located at School 12, 475 First Street.

يجب أن يكون أحد الوالدين أو الوصي حاضراً مع بطاقة هوية تحمل صورة في مكتب التسجيل المركزي الموجود في المدرسة ١٢، ٤٧٥ الشارع الأول.

Office hours are 7:30 a.m. – 3:00 p.m. during school.

School breaks and summer office hours are 7:00 a.m. – 2:00 p.m.

ساعات العمل من ٧:٣٠ صباحاً إلى ٣ مساءً. أثناء المدرسة. فترات الاستراحة المدرسية وساعات العمل الصيفية هي من ٧ صباحاً إلى ٢ ظهراً.

Required documents checklist قائمة التحقق من المستندات المطلوبة:

1. Health Certificate signed by a doctor شهادة صحية موقعة من الطبيب
2. Up-to-date Immunization Record سجل التطعيمات الحديثة
3. Birth Certificate شهادة الميلاد
4. Proof of Residency (one of the following must be provided) إثبات الإقامة (يجب تقديم واحد مما يلي)
 - Utility bill or deposit (dated 30 days prior to registration) فاتورة مرافق أو ودیعة (مؤرخة قبل ٣٠ يوماً من التسجيل)
 - Lease or rental agreement عقد أو اتفاقية الإيجار
 - 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 شهادة الإقامة - * تنطبق فقط إذا كان الوالد يعيش في مسكن لا يستأجره أو يمتلكه باسمه. يمكن العثور على الإفادة في <https://www.troycsd.org/district-services/registration/>
5. Photo Identification of Parent/Guardian صورة هوية الوالد/الوصي
6. Dental Health Certificate (optional) شهادة صحة الأسنان - اختياري

Central Registration

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

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

وفقًا للوائح ولاية نيويورك المنقحة لروضة الأطفال شروط القبول للأطفال:

No child may participate in the Prekindergarten program unless :

لا يجوز لأي طفل المشاركة في برنامج الروضة إلا إذا:

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

يتم تقديم تقرير الفحص الطبي للطفل موقع من قبل الطبيب في غضون ٣٠ يومًا من الدخول والذي ينص على خلو الطفل من الأمراض المعدية أو المعدية

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

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

Note ملاحظة: Universal Pre K is dependent upon funding under the Troy Universal Pre K Grant from the New York State Education Department for the 2025-2026 school year. The amount of funding received determines the number of Pre K slots.

تعتمد برامج الحضنة على التمويل المقدم بموجب منحة تروي العالمية لمرحلة ما قبل الروضة من إدارة التعليم في ولاية نيويورك للعام الدراسي ٢٠٢٥-٢٠٢٦. يحدد مبلغ التمويل المستلم عدد خانات ما قبل الروضة

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

Fax: (518) 271-5007 Email: reg@troycsd.org للاستعلام الاتصال بي جولي

Arabic Interpreter مترجم عربي Nicole 518-431-9281

TROY SCHOOLS مدارس تروي

Pre-K Schools

School 2 - 470 Tenth Street School 12

- 475 First Street

Sacred Heart - 308 Spring Avenue

Sunnyside – 9th and Ingalls Avenue

استبيان السكن Housing Questionnaire

Name of School المدرسة : _____ Grade الصف : _____

Name of Student : _____

اسم الطالب Last الكنية First الاسم الأول Middle الاسم الأوسط

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

Address العنوان : _____ Zip الرمز البريدي : _____

Phone الهاتف : _____

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

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

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

Date التاريخ

STUDENT REGISTRATION FORM استمارة تسجيل الطالب

STUDENT NAME اسم الطالب: _____ / _____ / _____
First الاول Middle الوسط Last الكنية

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

Address: _____ / _____ / _____ NY _____
العنوان Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State الرمز البريدي Zip

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

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

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

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 المدرسة البنعم ، فما هي إذا كانت الإجابة بنعم _____

Registering for Grade للتسجيل للصف: _____

If applicable, what was the entry date into the USA? ____/____/____
Month Day Year

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

Parent/Guardian Information الوصي / الوالد

Mother/ Guardian الوصي / الأم:

_____/_____/_____
Last الكنية Middle الوسط First الأول

Relationship to child الوصي القانوني Legal Guardian زوج الأم Stepmother الأم Mother نوع القرابة Foster Parent الوالد بالتبني Other أخرى _____

Resides in Home المنزل 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: _____/_____/_____

Zip الرمز ولاية State المدينة City شقة Apt/Flr الشارع Street العنوان البريدي - إذا كان مختلفا عن أعلاه البريدي

Home Phone: (____) _____ Work Phone: (____) _____ Cell Phone: (____) _____

هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي
Email Address: _____ Phone call priority (1-3): Home _____ Work _____ Cell _____

عنوان البريد الإلكتروني المنزل أولوية المكالمات الهاتفية (1-3) العمل الخليوي

Father/ Guardian الوصي / الأب:

_____/_____/_____
Last الكنية Middle الوسط First الأول

Relationship to child الوصي القانوني Legal Guardian زوج الأم Stepfather الأب Father نوع القرابة Foster Parent الوالد بالتبني Other أخرى _____

Resides in Home المنزل 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: _____/_____/_____

Zip الرمز ولاية State المدينة City شقة Apt/Flr الشارع Street العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن أعلاه 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 _____



الخليوي المنزل أولوية المكالمات الهاتفية (٣-١) العمل

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

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

Name الاسم: _____ Date of Birth الميلاد تاريخ: ____/____/____

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

Name الاسم: _____ Date of Birth الميلاد تاريخ: ____/____/____

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

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

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

Emergency Contact #1 جهة اتصال الطوارئ

Name الاسم: _____ Relationship to Student نوع القرابة: _____

Other than parent/guardian شخص آخر غير ولي الأمر

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

Address: _____

Emergency Contact #2 جهة اتصال الطوارئ

Name الاسم: _____ Relationship to Student نوع القرابة: _____

Other than parent/guardian شخص آخر غير ولي الأمر

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

Address: _____ / _____ / _____ NY
العنوان الشارع شقة Apt/Flr المدينة City الولاية State الرمز البريدي Zip

Emergency Contact #3 جهة اتصال الطوارئ

Name الاسم: _____ Relationship to Student نوع القرابة: _____

Other than parent/guardian شخص آخر غير ولي الأمر

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

Address: _____ / _____ / _____ NY
العنوان الشارع شقة Apt/Flr المدينة City الولاية State الرمز البريدي Zip

Additional Emergency Contacts جهات اتصال إضافية للطوارئ _____

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، اللجوء، حوادث الحرائق، حوادث الصناعية})
- ☐ Health (Pandemics and/or Epidemics) الصحة /الأوبئة و/أو الأوبئة
- ☐ Other أخرى: _____

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 _____

☐ 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
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم نسخة من أمر التنسيب (DSS-2999) ☐ نعم ☐ لا

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
(خطة التعليم الفردي) IEP هل لدى الطالب حاليًا

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

Related Services الخدمات ذات الصلة

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

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

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

Other Services خدمات أخرى

☐ 504 Plan ☐ English as a New Language (ESL)
خطة 504 اللغة الإنجليزية كلغة جديدة
If yes how many years of service? إذا كانت الإجابة بنعم ، فما عدد سنوات الخدمة
☐ Other أخرى

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 (page 31).
إذا كانت الإجابة بنعم ، أكمل نموذج تعليم المهاجرين الموجود في نهاية الحزمة (صفحة ٣١)

Parent Statement بيان الوالد

I certify that the above information is true and correct. Any misinformation regarding residency may result in being billed to cover the cost of instruction and/or exclusion from attending the Troy City School District.
أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وصحيحة. قد ينتج عن أي معلومات خاطئة بشأن الإقامة أن يتم محاسبتك لتغطية تكلفة التعليم و / أو الاستثناء من حضور منطقة مدارس تروي سيتي التعليمية.

Parent or Guardian Signature X

توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date

التاريخ

All documents are to be returned to



Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

توقعات الحضور Attendance Expectations

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

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

- My child will be in school each day Universal Prekindergarten is in session unless he or she is sick.
سيكون طفلي في المدرسة كل يوم يكون من أيام المدرسة ما لم يكن هو أو هي 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 يومياً 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 طوال اليوم وأنه من خلال عدم الامتثال ، قد يتم إستبعاد طفلي من البرنامج
- 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.

امضاء الأهل / ولي الأمر Signature of Parent/Guardian

التاريخ Date

Prekindergarten Student Registration Form

معايير الاختيار Selection Criteria

مدرسة مدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Acceptance into the Troy City School District's Prekindergarten for the 4 year old program is based on need. Please put a check by each item that relates to your child.

يعتمد القبول في روضة الأطفال التمهيدي في منطقة تروي سيتي التعليمية للبرنامج البالغ من العمر ٤ سنوات على الحاجة. يرجى وضع شيك حسب كل عنصر يتعلق بطفلك.

معايير الاختيار Selection Criteria		
Troy School District- 3 year old Pre K منطقة تروي التعليمية - ٣ سنوات من تمهيد		
✓	معايير Criteria	النقط Point
	4 years old by December 1 , 2025 ٤ سنوات بحلول 1 ديسمبر ٢٠٢٥	10
	Both parents employed full time كلا الوالدين يعملان بدوام كامل	20
	Domestic Violence العنف المنزلي	25
	Drug or Alcohol Abuse تعاطي المخدرات أو الكحول	10
	Foster Child بالتبني	50
	Homeless بلا مأوى	100
	Medical issue مشاكل صحية	15
	Receives Special Ed. Services يتلقى الطبعة الخاصة. خدمات	20
	Parent Incarcerated الوالد مسجون	10
	Parent attending college حضور ولي الأمر في الكلية	15
	Parent attending High School أحد الوالدين في المدرسة الثانوية	20
	Parent is actively seeking employment الوالد يسعى بنشاط للحصول على عمل	15
	Parent is employed full time الوالد يعمل بدوام كامل	25
	Parent is employed part time	10

Selection Criteria معيار الاختيار	
Troy School District- 3 year old Pre K منطقة تروي التعليمية - ٣ سنوات من تمهيدي	
الوالد يعمل ببرنامج جزئي	
Parent needs interpreter الوالد يحتاج إلى مترجم	10
Parent receives disability payment الوالد يتلقى مدفوعات العجز	15
SSI	100
TANF	100
SNAP	100
CPS Involvement	100
Total Points مجمل النقاط	

Troy City School District
المنطقة التعليمية لمدينة تروي
PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES

مواقع برامج روضة الأطفال

The following sites hold a Prekindergarten program in conjunction with the Troy City School District. Please note these are subject to change

المواقع التالية تحمل برنامج ما قبل الروضة بالاشتراك مع منطقة مدارس مدينة تروي. يرجى ملاحظة أن هذه عرضة للتغيير

- | | | |
|----------------------------------|-------------|---|
| 1. School 2
470 Tenth Street | 7:30 – 2:00 | Head Start collaboration
Additional paperwork required
Parents transport |
| 2. School 12
475 First Street | 7:45 – 2:00 | Parents transport
Head Start Collaboration Additional
Paperwork Required
Tentative Afterschool Care option |
| 3. School 12
475 First Street | 8:15 – 1:30 | Parents transport |

5. Sunnyside Day Care Center
 9th and Ingalls Avenue

8:00 – 1:00

Parents transport
 After School Care option

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

SITE REQUEST FORM نموذج طلب الموقع

STUDENT NAME اسم الطالب: _____ / _____ / _____
 First الاول Middle الوسط Last الكنية

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 4 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 ما قبل الروضة داخل المنطقة التعليمية لمدينة تروي. ساعات العمل و الخيارات المدرجة في البرنامج.

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

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

Random Selection اختيار عشوائي

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

تتطلب ولاية نيويورك اختياراً عشوائياً لجميع برامج الحضانة العالمية. سيتم قبول الطلبات بداية من 22 فبراير. سيتم اختيار الطلاب بشكل عشوائي لملء الفصول الدراسية المتوفرة لمرحلة ما قبل الروضة. سيتم إخبارك عن طريق البريد بإيداع طفلك. سنبدل قصارى جهدنا من جانبنا لمنحك تفضيلك لمرحلة ما قبل الحضانة.

Additional Childcare رعاية أطفال إضافية

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

تعتبر رعاية الأطفال الالتفافية خياراً في بعض مواقع Pre K. 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

STUDENT NAME اسم الطالب: _____ / _____ / _____
First الاول Middle الوسط Last الكنية

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

Is your child currently attending هل يحضر طفلك حالياً:

☐ Daycare رعاية نهائية | ☐ Nursery school مدرسة حضانة | ☐ Head Start

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

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

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

Mother's name اسم الأم _____ / _____ / _____
First الاول Middle الوسط Last الكنية

Phone: Home: _____ Cell: _____ Work: _____
المنزل الهاتف الخليوي العمل

Age العمر _____ Education التعليم _____

Father's name اسم الأب _____ / _____ / _____
First الأول _____ Middle الوسط _____ Last الكنية _____
Phone: Home: _____ Cell: _____ Work: _____
الهاتف المنزل الخليوي العمل
Age العمر _____ Education التعليم _____

Sitter's/Day Care Name اسم مركز الرعاية / الرعاية النهارية _____

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

Phone هاتف _____

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

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 طفل _____ إذن بإطلاق سراح طفلي إلى _____ 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

	Parent الأبوين
	Parent الأبوين

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

WALKING TRIP PERMISSION SLIP قسيمة إذن رحلة المشي

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

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 _____

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

موافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات
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

كتابة اسم الوصي/الاهل Print name of Parent/Guardian or Student

امضاء الأهل/ ولي الأمر Parent/Guardian Signature or Student

التاريخ Date

TROY CITY SCHOOL DISTRICT مدرسة مدينة تروى

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 وسنبقى 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 فقدان السمع			
Medication دواء				Hearing Aid السمع			

Eczema اكزيما				Speech Concerns مخاوف الكلام			
Asthma أزمة				Vision Problems (Glasses, Contacts) مشاكل في الرؤية (النظارات ، جهات الاتصال)			
ADHD/ADD صعوبة الانتباه وفرط النشاط				Loss of Vision فقدان البصر			
Behavior Concerns مخاوف تتعلق بالسلوك				Bladder/Kidney Condition حالة المثانة / الكلى			
Diabetes داء السكري				Absence Kidney غياب الكلى			
Seizure Disorder (Epilepsy) اضطراب النوبة (الصرع)				Absence of Testicle غياب الخصية			
Heart Murmur ثقب في القلب				Arthritis التهاب المفاصل			
Cardiac Condition/Surgery حالة / جراحة القلب				Fractures كسور			
High/Low Blood Pressure ارتفاع / انخفاض ضغط الدم				Scoliosis الجنف			
Fainting During Exercise الإغماء أثناء التمرين				Chicken Pox/Date جدري الماء / التاريخ			
Head Injury إصابة بالرأس				Surgery (Tonsils, Hernia) الجراحة (اللوزتين والفتق)			
Migraine Headaches صداع نصفي				Under Current Medical Care تحت الرعاية الطبية الحالية			

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

Parent/Guardian Signature توقيع ولي الأمر / الوصي _____ Date التاريخ _____

Home Language Questionnaire (HLQ) استبيان لغة المنزل

NEW YORK STATE EDUCATION DEPARTMENT
Emergent Multilingual Learners Language Profile for
Prekindergarten Students

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR
SCHOOL PERSONNEL ONLY AND MAINTAINED ON FILE

يجب إكمال هذا القسم عن طريق التسجيل أو
موظفو المدرسة فقط ويتم الاحتفاظ بهم في الملف

Date Profile Completed:

Student Name:

Gender:

Date of Birth :

District or Community Based Organization Name:

Student ID (if applicable):

Name of Person Administering Profile:

Title:

عزيزي ولي الأمر أو الوصي

شكرا لاستكمال الملف اللغوي للمتعلمين متعددي اللغات سوف يساعد هذا الاستطلاع مدرستك الجديدة بمعلومات
قيمة حول تجربة طفلك في اللغات ستساعد المعلومات التي تم جمعها معلمي مرحلة ما قبل الروضة في تقديم التعليمات
ذات الصلة أكاديميًا ولغويًا والتي تعزز اللغة ومعرفة القراءة والكتابة لجميع الطلاب

HOME LANGUAGE CODE كود اللغة الرئيسية

Parent or Person in Parental Relation Information معلومات الوالدين أو الشخص المعني بالعلاقة الأبوية

Name of parent or person in parental relation: اسم الوالد أو الشخص الذي له علاقة أبوية

Relationship (to student) of person providing information for this profile: ☐ mother الأم ☐ father الأب ☐ other آخر _____

العلاقة (بالطالب) بالشخص الذي يقدم المعلومات لهذا الملف الشخصي

In what language(s) would you like to receive information from the school? ☐ English ☐ other home language.

بأي لغة (لغات) ترغب في تلقي المعلومات من المدرسة؟ لغة إنجليزية أخرى إنجليزي

Language in the Home اللغة في المنزل

1. In what language(s) do you (parents or guardians) speak to your child at home?

بأي لغة (أو لغات) تتحدثون (الوالدان أو الأوصياء) مع طفلك في المنزل

2. What is/are the primary language(s) of each parent/guardian in your home? (List all that apply.)

ما هي/هي اللغة (اللغات) الأساسية لكل والد/وصي في منزلك؟ (أذكر كل ما ينطبق.)

3. Is there a caretaker in the home ☐ yes نعم ☐ no كلا هل هناك مقدم رعاية في المنزل

If yes, what language(s) does the caretaker speak most frequently?

إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة (اللغات) التي يتحدث بها مقدم الرعاية في أغلب الأحيان؟

4. What language(s) does your child understand? ما هي اللغة (اللغات) التي يفهمها طفلك؟

5. In what language(s) does your child speak with other people? بأي لغة (لغات) يتحدث طفلك مع الآخرين؟

6. Does your child have siblings؟ هل لدى طفلك إخوة؟ ☐ yes نعم ☐ no كلا

If yes, in what language(s) do the children speak with each other most of the time?

إذا كانت الإجابة بنعم، فبأي لغة (لغات) يتحدث الأطفال مع بعضهم البعض في معظم الأوقات

7a. At what age did your child begin to speak in short sentences? In what language?

في أي عمر بدأ طفلك في التحدث بجمل قصيرة؟ بأي لغة؟

7b. At what age did your child begin to speak in full sentences? في أي عمر بدأ طفلك في التحدث بجمل كاملة؟

In what language؟ بأي لغة؟

8. In what language does your child pretend play? بأي لغة يتظاهر طفلك باللعب؟

9. How has your child learned English so far (television shows, siblings, childcare, etc.)?

كيف تعلم طفلك اللغة الإنجليزية حتى الآن (البرامج التلفزيونية، الأشقاء، رعاية الأطفال، إلخ)؟

اللغة خارج المنزل/الأسرة Language Outside the Home/Family

10. Has your child attended any nursery, Head Start or childcare program? ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل التحق طفلك بأي حضانة أو برنامج Head Start أو برنامج رعاية الأطفال؟

If yes, in what language was the program conducted؟ إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة تم تقديم البرنامج؟

In what language does your child interact with other people in the nursery or childcare setting?

ما هي اللغة التي يتفاعل بها طفلك مع الأشخاص الآخرين في الحضانة أو مكان رعاية الأطفال؟

11. How would you describe your child's language use with friends؟ كيف تصف استخدام طفلك للغة مع الأصدقاء؟

أهداف اللغة Language Goals

12. What are your language goals for your child? For example, do you want child to become proficient in more than one language? ما هي أهدافك اللغوية لطفلك؟ على سبيل المثال، هل تريد أن يتقن الطفل أكثر من لغة؟

هي أهدافك اللغوية لطفلك؟ على سبيل المثال، هل تريد أن يتقن الطفل أكثر من لغة؟

13. Have you exposed your child to more than one language to ensure that he or she is bilingual or multilingual? ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل عرّضت طفلك لأكثر من لغة للتأكد من أنه ثنائي اللغة أو متعدد اللغات؟

14. Does your child need to speak a language other than English in order to communicate with your relatives or extended family?

هل يحتاج طفلك إلى التحدث بلغة غير الإنجليزية حتى يتمكن من التواصل مع أقاربك أو عائلتك الممتدة؟

☐ yes نعم ☐ no كلا

If yes, in what language(s)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟

محو الأمية الناشئة Emergent Literacy

15. Does your child have books at home or does he or she read books from the library؟ هل لدى طفلك كتب في المنزل أم أنه يقرأ كتبًا من المكتبة؟

In what language(s) are these books read to him or her؟ بأي لغة (لغات) تُقرأ له هذه الكتب؟

16a. Can your child name any letters or sounds in English؟ ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل يستطيع طفلك تسمية أي حروف أو أصوات باللغة الإنجليزية؟

16b. Can your child recognize letters or symbols in another language؟ ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل يستطيع طفلك التعرف على الحروف أو الرموز بلغة أخرى؟

If yes, in what language(s)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟

17a. Does your child pretend to read? هل يتظاهر طفلك بالقراءة؟ ☐ yes نعم ☐ no كلا ☐ unsure متأكد غير

If yes, in what language(s)? إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟

17b. Does your child pretend to write? هل يتظاهر طفلك بالكتابة؟ ☐ yes نعم ☐ no كلا ☐ unsure متأكد غير

If yes, in what language(s)? إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟

18. Does your child tell the stories from his/her favorite books or videos? ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل يروي طفلك القصص من كتبه أو مقاطع الفيديو المفضلة لديه؟

If yes, in what language(s)? إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟

19. Does your child's childcare or nursery program describe goals for his or her learning? ☐ yes نعم ☐ no كلا

هل يصف برنامج رعاية الطفل أو الحضانة الخاص بطفلك أهداف تعلمه؟

If so, what goals do they describe? إذا كان الأمر كذلك، ما هي الأهداف التي يصفونها؟

20. Please describe anything special you did to prepare your child to begin Prekindergarten.

يرجى وصف أي شيء خاص قمت به لإعداد طفلك لبدء مرحلة ما قبل الروضة.

For more information contact: the New York State Education Department Office of Early Learning at (518) 4745807 or email OEL@nysed.gov or the New York State Education Department Office of Bilingual Education and World Languages at (518) 474 - 8775 or (718) 722-2445 or email OBEWL@nysed.gov.

Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

استبيان المعيشية HOUSEHOLD SURVEY

Number of people living in the household	عدد الأفراد الذين يعيشون في الأسرة	_____
Single Parent Household غير متزوج	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Foster Child طفل تبني	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Non-English Speaking Household عدد الأفراد الذين يعيشون في الأسرة	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Temporary Housing سكن مؤقت	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Parent/Guardian Working عمل الوالد / الوصي	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
If yes, location and hours of work إذا كانت الإجابة بنعم ، الموقع وساعات العمل		
Parent/Guardian #1 ولي الأمر / الوصي رقم 1		_____
Parent/Guardian #2 ولي الأمر / الوصي رقم 2		_____
Parent/Guardian attending school حضور ولي الأمر / الوصي إلى المدرسة	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Parent/Guardian on Unemployment ولي الأمر / الوصي على البطالة	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	
Is your child covered by Medicaid هل طفلك مشمول بالبرنامج الصحي المجاني؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No كلا	

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: _____ / _____ / _____
First الاول Middle الوسط Last الكنية

Child's Date of Birth تاريخ ميلاد الطفل: ____/____/____
Month Day Year

Child's Gender جنس الطفل: Male ذكر or Female أنثى (please circle 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

Parent/Guardian Name(s) الوصي / الوالد: _____

Email Address: _____

عنوان البريد الإلكتروني

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: _____

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

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

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

DO NOT RELEASE منع النشر
MEDIA FORM الورقة الإعلامية

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

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: _____ / _____ / _____
First الاول Middle الوسط Last الكنية

Mailing Address : _____ / _____ / _____ / _____ / _____
العنوان البريدي Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

DO NOT RELEASE: ممنوع النشر

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

DO NOT RELEASE: ممنوع النشر

☐ I do NOT wish my child to be photographed or videotaped by an outside agency (such as newspaper or television media).
لا أرغب في أن يتم تصوير طفلي أو تصويره بالفيديو من قبل وكالة خارجية (مثل الصحف أو وسائل الإعلام التلفزيونية).

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

فقط إذا كنت تعترض على نشر صورة طفلك

Parent or Guardian Signature إمضاء ولي الأمر _____

Date التاريخ _____

NETWORK COMPUTING AND INTERNET SAFETY POLICY 4526

شبكة الحوسبة و سياسة سلامة الإنترنت

USER ACKNOWLEDGEMENT المستخدم إقرار

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 السياسة ٤٥٢٦ وشروطها. سيتم إصدار نسخة مع معرف المستخدم وكلمة المرور عند التوقيع

USER'S NAME (please print): _____

اسم المستخدم (يرجى طباعته)

BUILDING/SCHOOL: _____

المبنى / المدرسة

USER'S ID NUMBER: _____

رقم هوية المستخدم

USER'S SIGNATURE: _____

توقيع المستخدم

PARENT'S SIGNATURE: X _____

توقيع ولي الأمر

DATE: التاريخ _____

PRINCIPAL/SUPERVISOR (please print): _____

الرئيسي / المشرف (يرجى طباعته)

PHONE NUMBER: _____

رقم الهاتف

PRINCIPAL/SUPERVISOR SIGNATURE: _____

التوقيع الرئيسي / المشرف

DATE: التاريخ _____

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

يرجى إزالة صفحة الإقرار و احتفظ بجزء السياسة ل سجلاتك

FACULTY/STAFF الموظفين / الكلية: RETURN TO HUMAN RESOURCES اعطائها الى المسؤول

STUDENTS الطلاب: RETURN TO PRINCIPAL إعطائها إلى المدير

متطلبات الفحص البدني PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT

عزيزي ولي الأمر / الوصي Dear Parent /Guardian

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.

Pre-K
Phone: 328-5012
Fax: 328-5061

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

School 12
Phone: 328-5025
Fax: 203-6874

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

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

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

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

Troy Community School
Phone: 328-5025
Fax: 328-5050

DENTAL HEALTH CERTIFICATE - OPTIONAL شهادة صحة الأسنان - اختياري

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the 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 الاسم الأول First الاسم الأخير Last		Middle الوسط
Birth Date تاريخ الميلاد : / /	Sex الجنس : <input type="checkbox"/> Male ذكر	Will this be your child's first visit to a dentist? <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا
Month Day Year	<input type="checkbox"/> Female انثى	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 ٢. To be completed by the Dentist. يتم استكماله من قبل طبيب الأسنان

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

III. Treatment Needs (check all that apply)

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

475 First Street
Troy, New York 12180

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

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

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: Female Male	Gender Identity: Female Male Nonbinary 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: Date of last seizure: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<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	Date
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$	
ickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> System Review Within Normal Limits <input type="checkbox"/> Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)					
<input type="checkbox"/> HEENT <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lymph nodes <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck <input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Extremities <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Speech <input type="checkbox"/> Social Emotional <input type="checkbox"/> Musculoskeletal	
<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: <input type="checkbox"/> Additional Information Attached			Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code* *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					

Student may participate in all activities without restrictions. If <u>Restrictions Apply</u> – Complete the information below	
<div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:</div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. </div> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> Other Restrictions: </div>	
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	
<input type="checkbox"/> 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.	

Paul Reinisch, Director
Health, Physical Education,
Recreation, Athletics, & Safety
Dr. John O'Bryan
Medical Director
(518) 328-5425

الموافقة على العلاج من قبل مقدم الرعاية CONSENT TO ADMINISTER MEDICATION

عزيزي ولي الأمر / الوصي Dear Parent/Guardian

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. **Please have your health care provider check the medications appropriate for your child.** Only one student per form is allowed. Each student must have this individual medication order on file. Please return the signed completed form to the Health Office of your school.

يرجى مطالبة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بفحص الأدوية المناسبة لطفلك. يُسمح بطالب واحد فقط لكل نموذج. يجب أن يكون لكل طالب طلب الدواء الفردي هذا في الملف. يرجى إعادة النموذج المكتمل الموقع إلى مكتب الصحة في مدرستك.

تعليقات Comments

_____ 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 (<i>Middle & High School students only</i>)	_____
_____ Hydrocortisone topical cream 1%	_____
_____ Orajel – oral pain relief	_____
_____ Tums (<i>Middle & High School students only</i>)	_____
_____ Vaseline Lotion and Ointment	_____

Student Name اسم الطالب _____ Date of Birth تاريخ الولادة _____

School المدرسة _____ Grade الصف _____

X _____
Health Care Provider Signature توقيع مقدم الرعاية Date التاريخ

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

Health Care Providers Signature _____ Date التاريخ _____

توقيع مقدم الرعاية

Parent/Guardian Signature _____ Date التاريخ _____

توقيع ولي الأمر/الوصي

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
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 دائرة مدارس المدينة الموسعة في تروي خدمات وبرامج تعليمية خاصة للطلاب ذوي الإعاقة وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المعمول بها. يجوز لأي والد أو شخص على علاقة أبوية يشتبه في أن طفله / طفلها لديه إعاقة إحالة الطفل لتقييم لجنة المقاطعة للتعليم الخاص (CSE) للأهلية للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. يتوفر المزيد من 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.

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

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

New York State Migrant Education Program Identification & Recruitment Office

بيان الوالدين Parent Survey

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP 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 التين 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.
- Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables, etc.)

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 ☐ 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 للوصول AM / PM

Previous address العنوان السابق: _____

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

Student name اسم الطالب: _____ Age العمر: _____ 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.

لارسال هذه الإحالة، يرجى إرسالها بالفاكس، أو بالبريد إلى مكتب تحديد الهوية والتوظيف لبرنامج تعليم المهاجرين في نيويورك