

**Checklist for School 12 Prekindergarten (3 year-olds)**  
**قائمة المراجعة للمدرسة ١٢ ما قبل الروضة (3 سنوات)**  
**Registration Applicants للتسجيل المتقدمين**

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

**Attention Parent/Guardian:** Your child must be age 3 by December 1, 2025 for the 2025-26 school year.  
انتباه إلى ولي الأمر/الوصي: يجب أن يبلغ عمر طفلك 3 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. 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

**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:** Pre K for 3 year olds is dependent upon funding under the 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.

ما قبل الروضة للأطفال بعمر ٣ سنوات يعتمد على التمويل بموجب المنحة من إدارة التعليم في ولاية نيويورك للعام الدراسي ٢٠٢٦-٢٠٢٥. يحدد مبلغ التمويل المستلم عدد أماكن طلاب الروضة

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

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

أسئلة؟ اتصل بجولي على الرقم اعلاه ، الفاكس أو البريد الإلكتروني

**Arabic Interpreter مترجم عربي** Nicole 9281-431-518 نيكول

## **Troy Schools مدارس تروي**

**Pre-K Schools:** مدارس الروضة:

School 2 - 470 Tenth Street School

12 - 475 First Street

Sacred Heart - 308 Spring Avenue

**PLEASE NOTE, IF STUDENTS WANT TO CONTINUE ON TO THE 4 YEAR OLD PK PROGRAM THE NEXT YEAR, IT WILL BE NECESSARY TO RE-REGISTER. STUDENTS WILL NOT AUTOMATICALLY ROLL OVER TO THE 4 YEAR OLD PROGRAM.**

يرجى ملاحظة أنه إذا رغب الطلاب في الاستمرار في برنامج الحضانة القديم لعمر ٤ سنوات في العام المقبل ، فسيكون من الضروري إعادة التسجيل. لن ينتقل الطلاب تلقائيًا إلى برنامج ٤ سنوات

## 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 ماكينني فينتو. يحق للطلاب الذين يتمتعون بالحماية بموجب قانون ماكينني 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 ماكينني 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 \_\_\_\_\_

X

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

Parent/Guardian Signature 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 إذا كانت الإجابة بنعم ، فما هي المدرسة \_\_\_\_\_

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

If applicable, what was the entry date into the USA? إذا كان ذلك ممكناً، ما هو تاريخ الدخول إلى الولايات المتحدة الأمريكية \_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month الشهر Day اليوم Year السنة

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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
First الأول Middle الاوسط Last الكنية

Relationship to child نوع القرابة: Mother الأم ☐ Stepfather زوج الأم ☐ Legal Guardian الوصي القانوني ☐ Foster Parent الوالد بالتبني ☐ Other أخرى ☐

Resides in Home المنزل يقيم في المنزل ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Custodial Parent الوصي ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐

Is to receive Correspondence لتلقي المراسلات ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐

Mailing Address if different from above: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي - إذا كان مختلفا عن أعلاه Street الشارع Apt/Fir شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

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

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

Father/ Guardian الوصي: الأب: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
First الأول Middle الاوسط Last الكنية

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

Resides in Home المنزل يقيم في المنزل ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Custodial Parent الوصي ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐

Is to receive Correspondence لتلقي المراسلات ☐ Yes نعم ☐ No لا ☐

Mailing Address if different from above: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي (إذا كان مختلفا عن أعلاه) Street الشارع Apt/Fir شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي  
Street Apt/Fir City State Zip

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

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

### Other Children Living in the Household الأطفال الآخرين الذين يعيشون في الأسرة

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

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

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

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

### Emergency Contacts اتصالات الطوارئ

**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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

**Emergency Contact #2 جهة اتصال الطوارئ:**

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

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Work Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي  
Address : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

**Emergency Contact #3 جهة اتصال الطوارئ:**

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

Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Work Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Cell Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
هاتف المنزل هاتف العمل الهاتف الخليوي  
Address : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان Street الشارع Apt/Flr شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

**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، الحوادث 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

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

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

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

### Additional Services (If Applicable) (إن وجدت خدمات إضافية)

#### **Special Education Services** خدمات التربية الخاصة

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

(خطة التعليم الفردي) IEP هل لدى الطالب حاليًا

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

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

#### **Related Services** الخدمات ذات الصلة

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

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

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

#### **Other Services** خدمات أخرى

خطة 504 Plan

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

\_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة بنعم ، فما عدد سنوات الخدمة If yes how many years of service

أخرى Other \_\_\_\_\_

لا No نعم Yes IF REGISTERING FOR PREK –Is or will your child be receiving Summer Service this year

في حالة التسجيل في الروضة - هل سيتلقى طفلك الخدمة الصيفية هذا العام أو سيتلقى ذلك

#### **Other Information** معلومات أخرى

لا No نعم Yes Has the family moved within the past 3 years to obtain migratory employment?

هل انتقلت الأسرة خلال السنوات الثلاث الماضية للحصول على عمل مهاجر؟

\*If yes, complete the Migrant Education Form located at the end of the packet.

\* إذا كانت الإجابة بنعم ، أكمل نموذج تعليم المهاجرين الموجود في نهاية الحزمة.

#### **Parent Statement** بيان الوالد

I certify that the above information is true and correct. Any misinformation regarding residency may result in being billed to cover the cost of instruction and/or exclusion from attending the Troy City School District.

أشهد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وصحيحة. قد ينتج عن أي معلومات خاطئة بشأن الإقامة أن يتم محاسبتك لتغطية تكلفة التعليم و / أو الاستثناء من حضور منطقة مدارس تروي سيتي التعليمية.

Parent or Guardian Signature X

توقيع ولي الأمر أو الوصي

Date

التاريخ

All documents are to be returned to

يجب إرجاع جميع المستندات إلى



**TROY**  
CITY SCHOOL DISTRICT

**Troy City School District Central Registration Office**

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

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

## **Prekindergarten Student Registration Form**

Troy City School District

### **Attendance Expectations توقعات الحضور**

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

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

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

X \_\_\_\_\_



**Prekindergarten Student Registration Form****Selection Criteria** معيار الاختيار**TROY CITY SCHOOL DISTRICT** مدرسة مدينة تروي

Acceptance into the Troy City School District's Prekindergarten for the 3 year old program is based on need. Please put a check by each item that relates to your child.

يعتمد القبول في روضة الأطفال التمهيدية في منطقة تروي سيتي التعليمية للبرنامج البالغ من العمر 3 سنوات على الحاجة. يرجى وضع شيك حسب كل عنصر يتعلق بطفلك.

Selection Criteria معيار الاختيار		
Troy School District- 3 year old Pre K منطقة تروي التعليمية - 3 سنوات من تمهيدي		
✓	Criteria معايير	Point النقط
	3 years old by December 1 , 2025 3 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 الطابعة 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 الوالد يعمل بدوام جزئي	10
	Parent needs interpreter	10

معیار الاختیار Selection Criteria	
Troy School District- 3 year old Pre K منطقة تروي التعليمية - 3 سنوات من تمهیدی	
الوالد يحتاج إلى مترجم	
Parent receives disability payment الوالد يتلقى مدفوعات العجز	15
SSI	100
TANF	100
SNAP	100
CPS Involvement	100
Total Points مجمل النقاط	

## Prekindergarten Student Registration Form

### استمارة تسجيل طالب الحضانة

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

نموذج طلب الموقع SITE REQUEST FORM

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_

Criteria for Acceptance معايير القبول:

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

Below is a list of names and addresses of the Pre K providers for three-year olds within the Troy City School District. The hours of operation and what options the program has is listed.

فيما يلي قائمة بأسماء وعناوين مقدمي ما قبل الروضة للأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاث سنوات داخل منطقة مدارس تروي سيتي التعليمية. ساعات العمل و الخيارات المدرجة في البرنامج

Please rank order your program site choices below. يرجى ترتيب خيارات موقع البرنامج الخاص بك أدناه

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES FOR THREE YEAR OLDS

مواقع برامج ما قبل الروضة للأطفال بعمر ثلاث سنوات

- |                                   |             |  |
|-----------------------------------|-------------|--|
| 1. School #2<br>470 Tenth Street  | 7:45 – 2:00 | Head Start collaboration<br>Additional Paperwork Required<br>Parents transport |
| 2. School #12<br>475 First Street | 7:45 – 2:00 | Parents transport  |
| 3. Sacred Heart School            | 8:00 – 1:00 | Parent Transport<br>Uniforms Required  |

## Random Selection اختيار عشوائي

New York State requires random selection of all Universal Prekindergarten programs. 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 اختيار الطالبات 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

### معلومات عن الطفل CHILD PROFILE

Child's name اسم الطفل \_\_\_\_\_

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

Is your child currently attending هل يحضر طفلك حالياً:

daycare \_\_\_\_\_ nursery school \_\_\_\_\_ or Head Start \_\_\_\_\_  
رعاية نهائية مدرسة حضانة أو بداية رئيسية

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

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

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

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

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

المنزل الهاتف الخليوي العمل

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

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

المنزل الهاتف الخليوي العمل

Babysitter or Day Care Name اسم جليسة الأطفال أو الرعاية النهارية \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان Street الشارع Apt/Fir شقة City المدينة State ولاية Zip الرمز البريدي

Phone الهاتف: ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

## Prekindergarten Student Registration Form

### استمارة تسجيل طالب الحضانة

TROY CITY SCHOOL DISTRICT المنطقة التعليمية لمدينة تروي

### CHILD RELEASE FORM نموذج تصريح الطفل

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

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

I hereby give the staff at \_\_\_\_\_ أعطي بموجب هذا للموظفين في \_\_\_\_\_  
(name of school) (اسم المدرسة)

Pre K الروضة permission to release my child طفل إذن بإطلاق سراح \_\_\_\_\_ 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

		الأبوين Parent

## Prekindergarten Student Registration Form

استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

### قسمة إذن رحلة المشي WALKING TRIP PERMISSION SLIP

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

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

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

سأكون مسؤول عن أفعاله/ها أثناء قيام الفصل بالرحلة

X \_\_\_\_\_

Parent Signature توقيع الأهل

\_\_\_\_\_

Date التاريخ

# Prekindergarten Student Registration Form

## استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

موافقة ولي الأمر على الإفصاح عن المعلومات Parent Consent to Release Information  
نموذج التفويض الطبي Medical Authorization Form

To Whom It May Concern: إلى من يهمه الامر

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

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

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

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

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

X

---

Date التاريخ

---

امضاء الأهل/ ولي الأمر Signature of Parent/Guardian

---

Please Print Name يرجى كتابة الاسم

**SCHOOL HEALTH SERVICES خدمات الصحة المدرسية**

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

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

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

Mother's Name اسم الام \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_ Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي : \_\_\_\_\_  
Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_Father's Name اسم الاب \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_ Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي : \_\_\_\_\_  
Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_Guardian/Step Parent Name اسم الوصي \_\_\_\_\_ Address (if different) العنوان إن كان مختلف \_\_\_\_\_ Home Phone رقم المنزل \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_ Cell Phone الخليوي : \_\_\_\_\_  
Place of Employment مكان العمل \_\_\_\_\_ Phone الهاتف \_\_\_\_\_

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

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

Has your child ever had the following? Please explain with date of onset, any "yes" answers. نعم. أي إجابات ب "نعم" مع توضيح مع تاريخ البدء ،

Has Your Child Ever Had the Following? هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟	N كلا	Y نعم	Explain with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء	Has Your Child Ever Had the Following? هل سبق لطفلك أن حصل على التالي؟	N كلا	Y نعم	Explain with Date/Medication اشرح مع التاريخ / الدواء
<b>ALLERGIES الحساسيه</b>				<b>Anemia/Bleeding Disorder</b>			
Food طعام				فقر الدم / اضطراب النزيف			
Bees النحل				<b>Sickle Cell</b>			
				فقر الدم المنجلي			
<b>Environmental بيئي</b>				<b>Chronic Ear Infections</b>			
Medication دواء				التهابات الأذن المزمنة			
				<b>Hearing Loss فقدان السمع</b>			
				<b>Hearing Aid السمع</b>			



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 الكلى حالة المثانة /			
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 خاصة أو إصابات خطيرة أو قيود الصالة الرياضية أو قيود الصالة الرياضية أو قيود الصالة الرياضية

Parent/Guardian Signature توقيع ولي الأمر / الوصي \_\_\_\_\_ Date التاريخ \_\_\_\_\_

## استبيان لغة المنزل (HLQ) Home Language Questionnaire

### 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
Date Profile Completed تاريخ اكتمال الملف الشخصي:
Student Name اسم الطالب:
Gender الجنس:
Date of Birth تاريخ الميلاد:
District or Community Based Organization Name: اسم المنطقة أو المنظمة المجتمعية
Student ID (if applicable) معرف الطالب (إن وجد)
Name of Person Administering Profile اسم الشخص الذي يدير الملف الشخصي
Title المنصب:

عزيزي ولي الأمر أو الوصي  
شكراً لاستكمال الملف اللغوي للمتعلّمين متعدّدي 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 أكاديمياً ولغوياً والتي تعزز اللغة ومعرفة القراءة والكتابة لجميع الطلاب

<b>Parent or Person in Parental Relation Information</b> 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: <input type="checkbox"/> mother الأم <input type="checkbox"/> father الأب <input type="checkbox"/> other آخر _____ العلاقة (بالطالب) بالشخص الذي يقدم المعلومات لهذا الملف الشخصي
In what language(s) would you like to receive information from the school? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> other home language: لغة إنجليزية أخرى <input type="checkbox"/> إنجليزي بأي لغة (لغات) ترغب في تلقي المعلومات من المدرسة؟
<b>Language in the Home</b> 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 <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> 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؟

<p>5. In what language(s) does your child speak with other people? بأي لغة (لغات) يتحدث طفلك مع الآخرين؟</p>
<p>6. Does your child have siblings? هل لدى طفلك إخوة؟ <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>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</p>
<p>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؟</p> <p>7b. At what age did your child begin to speak in full sentences? في أي عمر بدأ طفلك في التحدث بجمل كاملة؟</p> <p>In what language? بأي لغة؟</p>
<p>8. In what language does your child pretend play? بأي لغة يتظاهر طفلك باللعب؟</p>
<p>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، الخ)؟</p>
<p><b>اللغة خارج المنزل/الأسرة Language Outside the Home/Family</b></p>
<p>10. Has your child attended any nursery, Head Start or childcare program? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل التحق طفلك بأي حضانة أو برنامج Head Start أو برنامج رعاية الأطفال؟</p> <p>If yes, in what language was the program conducted? إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة تم تقديم البرنامج؟</p> <p>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؟</p>
<p>11. How would you describe your child's language use with friends? كيف تصف استخدام طفلك للغة مع الأصدقاء؟</p>
<p><b>Language Goals أهداف اللغة</b></p>
<p>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؟</p>
<p>13. Have you exposed your child to more than one language to ensure that he or she is bilingual or multilingual? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل عرّضت طفلك لأكثر من لغة للتأكد من أنه ثنائي اللغة أو متعدد اللغات؟</p>
<p>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؟</p> <p><input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>If yes, in what language(s)? إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟</p>
<p><b>Emergent Literacy محو الأمية الناشئة</b></p>
<p>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؟</p> <p>In what language(s) are these books read to him or her? بأي لغة (لغات) تُقرأ له هذه الكتب؟</p>
<p>16a. Can your child name any letters or sounds in English? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل يستطيع طفلك تسمية أي حروف أو أصوات باللغة الإنجليزية؟</p>
<p>16b. Can your child recognize letters or symbols in another language? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل يستطيع طفلك التعرف على الحروف أو الرموز بلغة أخرى؟</p>

<p>If yes, in what language(s)? (إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟)</p>
<p>17a. Does your child pretend to read? هل يتظاهر طفلك بالقراءة؟ <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا <input type="checkbox"/> unsure غير متأكد</p> <p>If yes, in what language(s)? (إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟)</p> <p>17b. Does your child pretend to write? هل يتظاهر طفلك بالكتابة؟ <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا <input type="checkbox"/> unsure غير متأكد</p> <p>If yes, in what language(s)? (إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟)</p>
<p>18. Does your child tell the stories from his/her favorite books or videos? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل يروي طفلك القصص من كتبه أو مقاطع الفيديو المفضلة لديه؟</p> <p>If yes, in what language(s)? (إذا كانت الإجابة بنعم، بأي لغة (لغات)؟)</p>
<p>19. Does your child's childcare or nursery program describe goals for his or her learning? <input type="checkbox"/> yes نعم <input type="checkbox"/> no كلا</p> <p>هل يصف برنامج رعاية الطفل أو الحضانة الخاص بطفلك أهداف تعلمه؟</p> <p>If so, what goals do they describe? (إذا كان الأمر كذلك، ما هي الأهداف التي يصفونها؟)</p>
<p>20. Please describe anything special you did to prepare your child to begin Prekindergarten.</p> <p>يرجى وصف أي شيء خاص قمت به لإعداد طفلك لبدء مرحلة ما قبل الروضة.</p>

<sup>i</sup> For more information contact: the New York State Education Department Office of Early Learning at (518) 4745807 or email [OEL@nysed.gov](mailto: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](mailto:OBEWL@nysed.gov).

# Prekindergarten Student Registration Form

## استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

### مسح الأسر المعيشية HOUSEHOLD SURVEY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Prekindergarten Student Registration Form

## استمارة تسجيل طالب الحضانة

المنطقة التعليمية لمدينة تروي TROY CITY SCHOOL DISTRICT

### DEVELOPMENTAL SCREENINGS الشاشات التنموية

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

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

Child's Name اسم الطفل: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
First الاول Middle الوسط Last الكنية

Child's Date of Birth تاريخ ميلاد الطفل: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Month الشهر Day اليوم Year السنة

Child's Gender الجنس الطفل: ☐ Male ذكر | ☐ Female أنثى

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

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

عنوان البريد الإلكتروني

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

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

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

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

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

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

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

What are your child's interests and what activities do they like to do?

ما هي اهتمامات طفلك وما هي الأنشطة التي يحب القيام بها؟

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

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

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

2021-22 School Year

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

**2025-26 School Year العام الدراسي ٢٠٢٥-٢٦**  
**إعادة الاستمارة إلى مدرستك Return form to your school**  
**فقط إذا كنت تعترض ONLY IF YOU OBJECT**  
**إلى صورة طفلك التي يتم نشرها 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 if different from above: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
العنوان البريدي - إذا كان مختلفاً عن أعلاه 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 إقرار المستخدم**

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

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

**USER'S NAME (please print):** \_\_\_\_\_

اسم المستخدم (يرجى طباعته)

**BUILDING/SCHOOL:** \_\_\_\_\_

المبنى / المدرسة

**USER'S ID NUMBER:** \_\_\_\_\_

رقم هوية المستخدم

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

توقيع المستخدم

**PARENT'S SIGNATURE: X** \_\_\_\_\_

توقيع ولي الأمر

**DATE:** التاريخ \_\_\_\_\_

**PRINCIPAL/SUPERVISOR (please print):** \_\_\_\_\_

الرئيسي / المشرف (يرجى طباعته)

**PHONE NUMBER:** \_\_\_\_\_

رقم التليفون

**PRINCIPAL/SUPERVISOR SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

التوقيع الرئيسي / المشرف

**DATE:** التاريخ \_\_\_\_\_

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

يرجى ازالة صفحة الإقرار و احتفظ بجزء السياسة ل سجلاتك

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

العودة إلى الموارد البشرية / الكلية / الموظفين

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



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

Dear Parent /Guardian عزيزي ولي الأمر / الوصي:

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

يتطلب قانون ولاية نيويورك للتعليم أن يخضع جميع الأطفال الملتحقين بالمدارس في ولاية نيويورك ل فحص بدني في المستويات الصفية التالية: صف ما قبل الروضة ، وروضة الأطفال ، والصف الأول ، والصف الثالث ، والصف الخامس ، والصف السابع ، والصف التاسع ، والصف الحادي عشر ، و جميع 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. 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.

<b>Pre-K</b>	<b>School 2</b>	<b>School 12</b>	<b>School 14</b>
Phone: 328-5012	Phone: 328-5603	Phone: 328-5025	Phone: 328-5803
Fax: 328-5061	Fax: 271-5205	Fax: 203-6874	Fax: 274-0371
<b>School 16</b>	<b>School 18</b>	<b>Carrol Hill School</b>	<b>Troy Community School</b>
Phone: 328-5103	Phone: 328-5501	Phone: 328-5703	Phone: 328-5025
Fax: 328-5138	Fax: 328-5147	Fax: 274-4587	Fax: 328-5050
<b>Troy Middle School</b>	<b>Troy High School</b>		
Phone: 328-5365	Phone: 328-5472		
Fax: 271-5492	Fax: 271-5164		



## DENTAL HEALTH CERTIFICATE - OPTIONAL شهادة صحة الأسنان - اختياري

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

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

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

School Name <small>اسم المدرسة</small>	Grade <small>الصف</small>
--	---------------------------

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

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

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

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

**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: I	Exam Date:

**HEALTH HISTORY**

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

<input type="checkbox"/> <b>Allergies</b>	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> <b>Asthma</b>	<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"/> <b>Seizures</b>	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"/> <b>Diabetes</b>	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

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

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

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

**Hyperlipidemia:** ☐ Yes ☐ Not Done

**Hypertension:** ☐ Yes ☐ Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>Laboratory Testing</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Lead Level Required for Pre-K &amp; K</b>
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ µg/dL
ickle 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"/> 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: I

SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
<b>Vision</b>	<b>With Correction</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
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.					<b>Not Done</b>
Pure Tone Screening	<b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail I	<b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail I	<b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes I		<input type="checkbox"/>
Notes					
<b>Scoliosis</b> Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	<b>Not Done</b>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
<b>Student may participate in all activities without restrictions. If</b> <b>Restrictions Apply</b> – Complete the information below <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.  <input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.  <input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track &amp; Field. <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b> </div>					
<b>Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V					

<input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> (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.	
<b>MEDICATIONS</b>	
<input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached	
<b>COMMUNICABLE DISEASE</b>	<b>IMMUNIZATIONS</b>
<input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam	<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS
<b>HEALTHCARE PROVIDER</b>	
Healthcare Provider Signature:	
Provider Name: <i>(please print)</i>	
Provider Address:	
Phone:	Fax:
<b>Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.</b>	



## CONSENT TO ADMINISTER MEDICATION

### الموافقة على العلاج من قبل مقدم الرعاية

Dear Parent/Guardian عزيزي ولي الأمر / الوصي

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

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

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

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

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

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

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

يرجى إعادة النموذج المكتمل الموقع إلى مكتب الصحة في مدرستك.

### تعليقات Comments

_____ Acetaminophen – 325 mg – pain relief – مسكن للألام	_____
_____ Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable-pain سائل / ألم قابل للمضغ	_____
_____ Antacid – liquid - relief of upset stomach مضاد للحموضة - سائل - يزيل اضطراب المعدة	_____
_____ Hydrocortisone topical cream 1% كريم موضعي هيدروكورتيزون 1%	_____
_____ Benadryl Cream كريم بينادريل	_____
_____ Benzalkonium-antiseptic solution محلول بنزالكونيوم المطهر	_____
_____ Calamine – relieves itching كالامين - يخفف الحكة	_____
_____ Orajel – oral pain relief أورا جل - لتخفيف الآلام عن طريق الفم	_____
_____ Vaseline Lotion and Ointment مرهم وغسول فازلين	_____

Student Name اسم الطالب \_\_\_\_\_ Date of Birth تاريخ الولادة \_\_\_\_\_

School المدرسة \_\_\_\_\_ Grade الصف \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_X  
Health Care Provider Signature توقيع مقدم الرعاية الصحية \_\_\_\_\_ Date التاريخ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_X  
Parent or Guardian Signature توقيع ولي الأمر أو الوصي \_\_\_\_\_ 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  
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 للأهلية للحصول على خدمات وبرامج التعليم الخاص. يتوفر المزيد من (CSE) لتقييم لجنة المقاطعة للتعليم الخاص المعلومات التفصيلية حول هذه العملية في دليل الوالدين للتعليم الخاص ، والذي يتم نشره على موقع الويب الخاص بوزارة التعليم بولاية نيويورك باللغتين الإنجليزية والإسبانية الإنجليزية.

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 التبن أو الألبان أو محاصيل الفاكهة أو الخضار أو الدواجن أو صيد الأسماك أو الحضانة / الدفينة 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