



# GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

## DIRECTIONS FOR REGISTERING STUDENTS ONLINE

In order to register online you will need the following:

- Custodial Parent/Guardian valid email address
- Access to a printer for additional forms
- **ALL** required Proofs and completed Forms

**DEADLINE:** The online registration will expire **IF** all Required Proofs and Additional Online Registration Forms are **NOT** received within **14 days**. **A new online registration and proofs/forms will need to be resubmitted for any online registration that has expired.**

### COMPLETE STEPS 1-4

**Step 1:** Register online at the following link:  
(<http://parentportal-neric.eschooldata.com/Amsterdam/register/0/en>)  
Or visit [Gasd.org](http://Gasd.org) homepage under Featured Links: Student Registration

**Step 2:** Required Proof List: Can be submitted thru email (scanned, screenshots or photos) to complete the online registration or dropped off at the district registration office.

- **2 Proofs of Residence:** For example, a utility statement, cable statement, notarized lease, driver's license with current physical address, government agency letter, etc. Letters of proofs must be postmarked/dated within 30 days of registration.  
*\*\*If you are living in a "Temporary Residence" and have no proof of residence, please print and complete STAC/Housing Questionnaire Form as your proof of residence.*
- **STAC/Housing Questionnaire Form** -ONLY for families/students in a "Temporary Residence" (Ex; shelter, motel/hotel, car, park, campsite, temporarily doubling up with another family or an unaccompanied youth) Proof of residence will be required once permanent residence is established.  
\*Request STAC/Housing Questionnaire Form from Registration Office or print from our website at [gasd.org](http://gasd.org) under student registration.
- **Copy of Student's Birth Certificate** (Passport, Government ID or Visa accepted)
- **Copy of Custodial Parent/Guardian ID**
- **Updated Immunization Records** (may be faxed to 518-842-0012)
- **Most recent Custody Orders or Order of Protections** (must be signed by a judge), Foster Letters, DSS/CPS/DFA Custody Letters, if applicable
- **PLEASE DO NOT SEND SOCIAL SECURITY CARD**

**SEE PAGE NEXT PAGE FOR STEPS 3 AND 4**

## **DIRECTIONS FOR REGISTERING STUDENTS ONLINE**

**Step 3:** Complete the additional registration forms. These forms were **NOT** provided on the online registration (*Step 1*) and must be submitted with Required Proofs either thru email (scanned, screenshots or photos) or dropped off at the district registration office.

### **Additional Registration Forms -3 Required Forms**

- **Home Language Questionnaire**
- **Health Registration Form**
- **Release of Records Form** (if no previous school please write N/A on form)

**Step 4:** Email **OR** Drop off copies of Required Proofs and Additional Online Registration Forms.

#### **Email:**

Please include the student's name and grade he/she will be enrolling for along with ALL Proofs and Forms in one email. Separate emails may delay completion of registration. Proofs and Forms that are scanned or taken by screenshots will only be accepted if clear and legible.

**Email Required Proofs and Additional Online Registration Forms to:**

**Registration@gasd.org**

#### **Drop Off:**

Copies of Required Proofs and Additional Online Registration Forms may be dropped off to the locked black box labeled "**Registration Drop Box**" located outside the District Office doors. The District Office is located behind Amsterdam High School on 140 Saratoga Ave. (Use Miami Ave. District Office parking lot). The District Office doors are located in front of the rock climbing wall.

**Please send an email us once you have dropped off your copies of the Required Proofs and**

**Additional Registration Forms to:**

**Registration@gasd.org**

Once proofs and forms are received in the registration department, an email will be sent to the custodial parent/guardian confirming the completion. If there are any missing documents or forms you will be notified.

Due to the high volume of registrations during the summer, please allow 5-7 business days before following up if you have not been notified. The registration office will contact you either via email or phone in the order it was received. For Registrations received after school begins, please contact the registration office 1-2 business days if you have not been contacted.

#### **Registration Office Contacts:**

*District Registrar:*

Nia Greco, email: [Agreco@gasd.org](mailto:Agreco@gasd.org)  
(518) 843-3180 ext 7503

*Registration and Spanish Translation:*

Lucy Guisti, email: [Lguisti@gasd.org](mailto:Lguisti@gasd.org)  
(518) 843-3180 ext 7407



## GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

### INSTRUCCIONES PARA REGISTRAR ESTUDIANTES EN LÍNEA

Para Registrarse en Línea Necesitará lo Siguiente:

- Dirección de correo electrónico válida del padre/tutor de la custodia
- Acceso a una impresora para formularios adicionales
- **TODAS** las pruebas requeridas y los formularios cumplimentados

**FECHA LÍMITE:** El registro en línea caducará si **NO** se reciben todas las pruebas requeridas y los formularios de registro en línea adicionales en un plazo de **14 días**. **Será necesario volver a presentar un nuevo registro en línea y pruebas/formularios para cualquier registro en línea que haya caducado.**

#### COMPLETA LOS PASOS 1-4

**Paso 1:** Regístrese en línea en el siguiente enlace:

(<http://parentportal-neric.eschooldata.com/Amsterdam/register/0/en>)

O visite la página de inicio [Gasd.org](http://Gasd.org) debajo de Featured Links: Student Registration

**Paso 2:** Lista de Pruebas Requeridas: Se puede enviar por correo electrónico (escaneado, capturas de pantalla o fotos) para completar el registro en línea o dejarlo en la oficina del distrito.

- **2 Pruebas de Residencia:** Por ejemplo, una declaración de utilidad, una declaración de cable, un contrato de arrendamiento notarial, una licencia de conducir con la dirección física actual, una carta de agencia gubernamental, etc. Las cartas de prueba deben tener matasellos/fetadas dentro de los 30 días posteriores a la inscripción. *\*\*Si vive en una "Residencia Temporal" y no tiene prueba de residencia, imprima y complete el formulario STAC/Cuestionario de Vivienda como prueba de residencia.*
- **STAC/Cuestionario de Vivienda** -SOLO para familias/estudiantes en una "Residencia Temporal" (Ejemplo; refugio, motel/hotel, coche, parque, camping, duplicando temporalmente con otra familia o joven no acompañado) Se requerirá una prueba de residencia una vez que se establezca la residencia permanente.  
\*Solicite el formulario de cuestionario STAC/Vivienda en la oficina de registro o imprímalo desde nuestro sitio web en [gasd.org](http://gasd.org) bajo el registro de estudiantes.
- **Copia del Certificado de Nacimiento** (Pasaporte, ID Governar o Visa aceptado)
- **Copia de Identificación de Padre/Tutor con Custodia**
- **Registros de Inmunización Actualizados** (puede ser enviado por fax al 518-842-0012)
- **Órdenes de Custodia u Órdenes de Protección más recientes** (deben estar firmadas por un juez), Cartas de Acogida, Cartas de Custodia DSS/CPS/DFA, si procede
- **POR FAVOR, NO ENVÍE UNA TARJETA DE SEGURO SOCIAL**

CONSULTA LA PÁGINA SIGUIENTE PARA PASOS 3 Y 4

## **INSTRUCCIONES PARA REGISTRAR ESTUDIANTES EN LÍNEA**

**Paso 3:** Completa los formularios de registro adicionales. Estos formularios **NO** se proporcionaron en el registro en línea (Paso 1) y deben enviarse con las pruebas requeridas por correo electrónico (escaneadas, capturas de pantalla o fotos) o dejarse en la oficina de registro del distrito.

### **Formularios de Inscripción Adicionales -3 Formularios Obligatorios**

- **Cuestionario de Idioma Doméstico**
- **Formulario de Registro de Salud**
- **Formulario para la Liberación o Transferencia** (si no existe escuela previa escriba N/A en el formulario)

**Paso 4:** Envíe por correo electrónico **O** deje copias de las pruebas requeridas y formularios de registro en línea adicionales

### **Correo Electronico:**

Por favor, incluya el nombre y la calificación del estudiante en la que se inscribe junto con todas las pruebas y formularios en un solo correo electrónico. Los correos electrónicos separados pueden retrasar la finalización del registro. Las pruebas y formularios escaneados o tomados por capturas de pantalla solo se aceptarán si son claros y legibles.

**Enviar por correo electrónico las pruebas requeridas y los formularios de registro en línea adicionales a:**

**Registration@gasd.org**

### **Dejar:**

Se pueden dejar copias de las pruebas requeridas y formularios de registro en línea adicionales en la caja negra cerrada con llave etiquetada como "**Registration Drop Box**" ubicada fuera de las puertas de las oficinas del distrito. La oficina de distrito se encuentra detrás de Amsterdam High School en 140 Saratoga Ave (utilice el estacionamiento de la oficina del distrito en Miami Ave). Las puertas de las oficinas del distrito se encuentran frente al rocódromo.

**Envíenos un correo electrónico una vez que haya dejado sus copias de las pruebas requeridas y formularios de registro adicionales a:**

**Registration@gasd.org**

Una vez que se reciban las pruebas y los formularios en el departamento de registro, se enviará un correo electrónico al padre/tutor con custodia confirmando la finalización. Si faltan documentos o formularios, se le notificará.

Debido al alto volumen de inscripciones durante el verano, espere de 5 a 7 días hábiles antes del seguimiento si no se le ha notificado. La oficina de registro se pondrá en contacto con usted por correo electrónico o por teléfono en el orden en que se recibió. Para las inscripciones después de que comience la escuela, póngase en contacto con la oficina de registro 1-2 días hábiles si no se le ha contactado.

### **Contactos de la Oficina de Registro:**

*Registrador de Distrito*

Nia Greco, email: [Agreco@gasd.org](mailto:Agreco@gasd.org)  
(518) 843-3180 ext 7503

*Registro y Traducción al Español:*

Lucy Guisti, email: [Lguisti@gasd.org](mailto:Lguisti@gasd.org)  
(518) 843-3180 ext 7407



Lisette Colón-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

## Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Guardian:  
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.*

Please write clearly when completing this section.		
<b>STUDENT NAME:</b>		
_____		
First	Middle	Last
<b>DATE OF BIRTH:</b>		<b>GENDER:</b>
Month	Day	Year
		<input type="checkbox"/> Male
		<input type="checkbox"/> Female
<b>PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:</b>		
_____		
Last Name	First Name	Relation to Student

HOME LANGUAGE CODE

_____
-------

### Language Background (Please check all that apply.)

1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<i>specify</i>
2. What was the first language your child learned?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<i>specify</i>
3. What is the Home Language of each parent/guardian?	<input type="checkbox"/> Mother	_____	<input type="checkbox"/> Father	_____
	<input type="checkbox"/> Guardian(s)	_____		<i>specify</i>
4. What language(s) does your child understand?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<i>specify</i>
5. What language(s) does your child speak?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<input type="checkbox"/> Does not speak
			<i>specify</i>	
6. What language(s) does your child read?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<input type="checkbox"/> Does not read
			<i>specify</i>	
7. What language(s) does your child write?	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Other	_____	<input type="checkbox"/> Does not write
			<i>specify</i>	

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

## Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

<b>Educational History</b>
8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school _____
9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them. Yes*    No    Not sure <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *If yes, please explain: _____
How severe do you think these difficulties are? <input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Somewhat severe <input type="checkbox"/> Very severe
10a. Has your child ever been <u>referred</u> for a special education evaluation in the past? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes*    *Please complete 10b below
10b. *If referred for an evaluation, has your child ever <u>received</u> any special education services in the past? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – Type of services received: _____
Age at which services received (Please check all that apply): <input type="checkbox"/> Birth to 3 years (Early Intervention) <input type="checkbox"/> 3 to 5 years (Special Education) <input type="checkbox"/> 6 years or older (Special Education)
10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.) _____ _____ _____
12. In what language(s) would you like to receive information from the school? _____

_____ <i>Signature of Parent or of Person in Parental Relation</i>	Month: _____	Day: _____	Year: _____
_____ <i>Date</i>			
Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____			

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small style="display: block; text-align: center;">MO.    DAY    YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small style="display: block; text-align: center;">MO.    DAY    YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

## Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

**Estimados padres o tutores:**  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

### Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

*Sí\**     *No*     *No se sabe*  
 \* En caso afirmativo, por favor explique : \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?     Poca gravedad     Algo grave     Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?     No     Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. *\*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?*  
 No     Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)     3 a 5 años (Educación Especial)     6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?     No     Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?  
*(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

.....

.....

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal* *Date*  
 Relación con el estudiante:     Madre     Padre     Otra: \_\_\_\_\_

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
<b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b> _____ <small>MO.      DAY      YR.</small>	<b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	





# Greater Amsterdam School District

140 Saratoga Ave.  
Amsterdam, NY 12010  
(518) 843-3180

## HEALTH REGISTRATION FORM

Student's Name: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Family Physician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Does your child have any condition which may result in a classroom emergency, restrict his/her activities while in school or need extra attention? Heart condition, epilepsy, fainting, diabetes, emotional problems, ect.? \_\_\_\_\_

Is there any physical defect which limits participation in classroom activities?  Yes  No

If yes, what are they? \_\_\_\_\_

Is there any physical defect which limits participation in physical education class?  Yes  No

If yes, what are they? \_\_\_\_\_

Does your child have asthma?  Yes  No

Does your child have Eczema?  Yes  No  Other \_\_\_\_\_

Does your child have allergies?  Yes  No

If yes, what are they? \_\_\_\_\_

Does your child wear glasses?  Yes  No Other Vision Problems \_\_\_\_\_

Does your child take any medication while in school?  Yes  No

If yes, what medication do they take and for what condition? \_\_\_\_\_

Does your child take medication **only** at home?  Yes  No

If yes, what medication do they take and for what condition? \_\_\_\_\_

Are your child's immunizations up-to-date?  Yes  No

If not, what immunizations are needed? \_\_\_\_\_

Communicable diseases and dates: \_\_\_\_\_

Give details of any illness, accident, operation, hearing or vision problem: \_\_\_\_\_

**We must have a statement from your doctor if you answered YES to any of the health questions.**

*A note from your physician is also required to administer medication in school (this includes over the counter medications such as Tylenol or Benadryl) Please obtain this documentation and forward it to the nurse of your child's school.*

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

140 Saratoga Ave.  
Amsterdam, NY 12010  
(518) 843-3180

### Formulario de Registro de Salud

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor de Familia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna condición que puede resultar en una emergencia en el salón de clases, restricción en sus actividades mientras está en la escuela, o necesita atención adicional? Condición del corazón, epilepsia, desmayos, diabetes, problemas emocionales, etc.?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay algún defecto físico que limita la participación en las actividades de clase?  Sí  No

En caso afirmativo, cuáles son? \_\_\_\_\_

¿Hay algún defecto físico que limita la participación en la clase de educación física?  Sí  No

En caso afirmativo, cuáles son? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) padece de asma?  Sí  No

¿Su hijo(a) padece de Eczema?  Sí  No  Otro \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) padece de alergias?  Sí  No

En caso afirmativo, cuáles son? \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo(a) algún medicamento, mientras asiste a la escuela?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) toma y para qué condición? \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo(a) algún medicamento **solamente** en la casa?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento(s) toma y para qué condición? \_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) las vacunas al día?  Sí  No

Si no ¿que inmunizaciones necesita? \_\_\_\_\_

Enfermedades Transmisibles y Fechas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dar detalles de cualquier enfermedad, accidente, operación, problemas de audición o visión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tenemos que tener una declaración de su doctor si contestó Sí a cualquiera de las preguntas de salud.**  
También se requiere una nota de su doctor para administrar medicamentos en la escuela (esto incluye tales medicamentos de Tylenol o Benadryl). Por favor, obtener esta documentación y devolverla a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Firma de Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Greater Amsterdam School District**  
**140 Saratoga Ave, NY 12010**  
**Registration Form**

**Authorization for the Release or Transfer of Records**

Student Name: \_\_\_\_\_ Enrolling Grade: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, give my consent to allow information to be mutually exchanged between the Greater Amsterdam School District and: *(Enter Name and Address of school last attended below)*

Name of Previous School: \_\_\_\_\_

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

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Print Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_  
Relationship to Student

The above student has enrolled in the Greater Amsterdam School District. Please forward all items listed below as soon as possible. Thank you for your assistance. Enrollment **DATE:** \_\_\_\_\_

<p style="text-align: center;"><i>(For Office Use Only)</i></p> <p>Please submit <b>ALL APPLICABLE RECORDS</b> including:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Student Transcripts</li> <li>2. All Report Cards/Exit Grade</li> <li>3. Science Labs</li> <li>4. Copy of Birth Certificate</li> <li>5. Cumulative Health Records/Immunization Records</li> <li>6. Psychological Folders</li> <li>7. Disciplinary Records</li> <li>8. Special Education Records, including most recent IEPs</li> <li>9. <b>ALL Standardized Test Scores</b> (including CATs MATs DRPs, Iowa, SAT, PSAT, ACT, ACH, AP results)</li> <li>10. <b>ALL NYS Standardized Test Scores</b> Including Regents Exam Scores, Regents Competency Test (RCT) Results, Grade 3-8 Test Results, Proficiency Scores Including NYSESLAT or NYSITELL Scores For ELL Students</li> <li>11. Other _____</li> </ol>	<p><input type="checkbox"/> Wm. Barkley Elementary School 66 DeStefano Street Amsterdam, NY 12010 518-843-1850 FAX 518-843-6183 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> McNulty Academy 60 Brandt Place Amsterdam, NY 12010 518-843-4773 FAX 518-843-5475 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Marie Curie Elementary School 9 Brice Street Amsterdam, NY 12010 518-843-2871 FAX 518-843-6290 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wm. Tecler Elementary School 210 Northern Blvd. Amsterdam, NY 12010 518-843-4805 FAX 518-843-6184 <b>ATTN:</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Lynch Literacy Academy 55 Brandt Place Amsterdam, NY 12010 518-843-3716 FAX 518-843-6287 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Amsterdam High School 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010 518-843-4932 FAX 518-843-5432 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Office of Special Education CPSE/CSE 210 Northern Blvd Amsterdam, NY 12010 518-843-3180 ext 7303 FAX 518-843-3821 <b>ATTN:</b> _____</p> <p><input type="checkbox"/> District Office/Registrar 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010 Registration@gasd.org 518-843-3180 ext 7503 FAX 518-842-0012 <b>ATTN:</b> _____</p>
---	--	---

**Greater Amsterdam School District**  
**140 Saratoga Ave, NY 12010**  
**Formulario de Registración**

**Autorización para la Liberación o Transferencia de Registros**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado de inscripción: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que la información que ha de intercambiarse entre el Distrito Escolar de Amsterdam y: ( Nombre y dirección de la escuela que asistió por última vez)

Nombre de mi la escuela anterior es: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Relación con Estudiante

The above student has enrolled in the Greater Amsterdam School District. Please forward all items listed below as soon as possible. Thank you for your assistance. Enrollment **DATE**: \_\_\_\_\_

<i>(For Office Use Only)</i>		
Please submit <b>ALL APPLICABLE RECORDS</b> including: 1. Student Transcripts 2. All Report Cards/Exit Grade 3 .Science Labs 4.Copy of Birth Certificate 5.Cumulative Health Records/Immunization Records 6.Psychological Folders 7.Disciplinary Records 8.Special Education Records, including most recent IEPs <b>9.ALL Standardized Test Scores</b> (including CATs MATs DRPs, Iowa, SAT, PSAT , ACT, ACH, AP results) <b>10.ALL NYS Standardized Test Scores</b> Including Regents Exam Scores, Regents Competency Test (RCT) Results, Grade 3-8 Test Results, Proficiency Scores Including NYSESLAT or NYSITELL Scores For ELL Students 11.Other _____	<input type="checkbox"/> Wm. Barkley Elementary School 66 DeStefano Street Amsterdam, NY 12010 518-843-1850 FAX 518-843-6183 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> McNulty Academy 60 Brandt Place Amsterdam, NY 12010 518-843-4773 FAX 518-843-5475 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> Marie Curie Elementary School 9 Brice Street Amsterdam, NY 12010 518-843-2871 FAX 518-843-6290 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> Wm. Tecler Elementary School 210 Northern Blvd. Amsterdam, NY 12010 518-843-4805 FAX 518-843-6184 <b>ATTN:</b> _____	<input type="checkbox"/> Lynch Literacy Academy 55 Brandt Place Amsterdam, NY 12010 518-843-3716 FAX 518-843-6287 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> Amsterdam High School 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010 518-843-4932 FAX 518-843-5432 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> Office of Special Education CPSE/CSE 210 Northern Blvd Amsterdam, NY 12010 518-843-3180 ext 7303 FAX 518-843-3821 <b>ATTN:</b> _____  <input type="checkbox"/> District Office/Registrar 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010 Registration@gasd.org 518-843-3180 ext 7503 FAX 518-842-0012 <b>ATTN:</b> _____