



Greater Amsterdam School District  
Central Registration Office  
140 Saratoga Ave  
Amsterdam, NY 12010

## Greater Amsterdam School District Registration Checklist for PreK-12

Welcome to The Greater Amsterdam School District!

In order to register your child, the registration forms must be signed by the custodial parent/guardian. A copy of the custodial parent/guardian ID is required. The District Office is located in the back of the Amsterdam High school. The District Office parking lot is located off of Miami Ave, by the rock climbing wall. Follow the sidewalk to the left (backside) of the building. Registrations can be dropped off at the "Registration Drop Box" located outside the district office doors or emailed to the registration office at [registration@gasd.org](mailto:registration@gasd.org)

### ***The following documents are required for registration:***

- Completed Registration Packet
- 2 Proofs of Residence- examples: Notarized Lease Agreement, Copy of deed, Driver's License with current address, utility statement, cable statement, tax information, government letter, ect.  
**\*\*Proofs must be postmarked/dated within 30 days of registration date**
- Copy of Child's Birth Certificate, Passport, State or Government issued ID
- Up-to-date Immunization Records (Fax to 518-842-0012)
- Copy of Legal Parent/Guardian ID
- Current Custody Orders, Orders of protection, Foster Letters, DFA/DSS Guardianship Letters, etc. (if applicable)

### **Registration Contacts:**

#### **District Registrar**

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

#### **Registration and Spanish Translation**

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

**Traducción en Español:** **Lucy Guisti**, (518)843-3180 ext. 7407 **Email:** [Lguisti@gasd.org](mailto:Lguisti@gasd.org)

#### **Homeschool Registration**

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

## **GREATER AMSTERDAM SCHOOLS**

### **Elementary Schools**

- William H. Barkley MicroSociety* - 66 Destefano St., (518) 843-1850
- Marie Curie Institute of Engineering and Communications* - 9 Brice St., (518) 843-2871
- R.J. McNulty Academy for International Studies and Literacy* - 60 Brandt Pl., (518) 843-4773
- William B. Tecler Arts in Education* - 210 Northern Blvd., (518) 843-4805

**Middle School** - 55 Brandt Pl., Amsterdam NY 12010

*Wilbur H. Lynch Literacy Academy* -**Main Office** (518) 843-3716 **Guidance Office:** ext. 2007

**High School** -140 Saratoga Ave., Amsterdam NY 12010

*Amsterdam High School*- **Main Office** (518) 843-4932 **Guidance Office:** ext. 1009

**Special Ed Dept.** \*Located at William B. Tecler School, 210 Northern Blvd.

**CSE Department** Grades PK-5: (518) 843-3180 ext. 7303 Grades 6-12: (518) 843-3180 ext. 7305

**Transportation Office:** **Teresa Cintron**, (518) 843-3186 ext. 2807, **Email:** [Tcintron@gasd.org](mailto:Tcintron@gasd.org)

### **Community Based Organizations**

*Whispering Pines & Head Start (3 & 4 year old programs)*



Greater Amsterdam School District  
Central Registration Office  
140 Saratoga Ave  
Amsterdam, NY 12010

## Greater Amsterdam School District Lista de Comprobación de Registro para PreK-12

Bienvenidos al Distrito Escolar de Amsterdam!

Para registrar a su hijo, los formularios de registro deben estar firmados por el padre/tutor con custodia. Se requiere una copia de la identificación de padre/tutor con custodia. La Oficina de Distrito se encuentra en la parte trasera de la escuela preparatoria de Amsterdam. El estacionamiento de la Oficina del Distrito se encuentra junto a Miami Ave, junto al rocódromo. Sigue la acera a la izquierda (parte trasera) del edificio. Los registros se pueden dejar en la caja "Registration Drop Box" situada fuera de las puertas de la oficina del distrito o enviarse por correo electrónico a la oficina de registro a [registration@gasd.org](mailto:registration@gasd.org)

### **Se requieren los siguientes documentos para el registro:**

- Paquete de Registro Completado
- 2 Pruebas de Residencia- ejemplos: contrato de arrendamiento notarial, copia de la escritura, licencia de conducir con dirección actual, factura de servicio de luz o cable, información fiscal, carta de gobierno, etc.

**\*\*Las pruebas deben tener matasellos dentro de los 30 días posteriores al registro**

- Copia del Certificado de Nacimiento, Pasaporte, Identificación del Estado o Gobierno
- Registros de Inmunización Actualizados (Por Fax al 518-842-0012)
- Copia de la Identificación Legal de Padre/Tutor
- Órdenes de Custodia Actuales, Órdenes de Protección, Cartas de Acogida, Cartas de Tutela de DFA/DSS, etc. (Si es aplicable)

### **Contactos de Registro:**

#### **Registrador de Distrito**

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

#### **Registro y Traducción al Español**

**Lucy Guisti**, (518) 843-3180 ext. 7407, **Email:** [Lquisti@gasd.org](mailto:Lquisti@gasd.org)

#### **Inscripción en la Escuela en Casa**

**Lucy Guisti**, (518) 843-3180 ext. 7407, **Email:** [Lquisti@gasd.org](mailto:Lquisti@gasd.org)

## **GREATER AMSTERDAM SCHOOLS**

### **Escuelas Primarias**

- William H. Barkley MicroSociety* - 66 Destefano St., (518) 843-1850
- Marie Curie Institute of Engineering and Communications* - 9 Brice St., (518) 843-2871
- R.J. McNulty Academy for International Studies and Literacy* - 60 Brandt Pl., (518) 843-4773
- William B. Tecler Arts in Education* - 210 Northern Blvd., (518) 843-4805

**Escuela Secundaria** - 55 Brandt Pl., Amsterdam NY 12010

*Wilbur H. Lynch Literacy Academy* -**Main Office** (518) 843-3716 **Guidance Office:** ext. 2007

**Escuela Preparatoria** -140 Saratoga Ave., Amsterdam NY 12010

*Amsterdam High School*- **Main Office** (518) 843-4932 **Guidance Office:** ext. 1009

**Dept. de Educación Especial** \*Situado en *William B. Tecler School*, 210 Northern Blvd.

**Departamento CSE** Grades PK-5: (518) 843-3180 ext. 7303 Grades 6-12: (518) 843-3180 ext. 7305

**Oficina de Transporte Escolar:** **Teresa Cintron**, (518) 843-3186 ext. 2807, **Email:** [Tcintron@gasd.org](mailto:Tcintron@gasd.org)

### **Organizaciones Comunitarias**

*Whispering Pines & Head Start* (3 & 4 year old programs)

Dear Parent/Guardian:

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), a Federal law, requires that the Greater Amsterdam School District, with certain exceptions, obtain your written consent prior to the disclosure of personally identifiable information from your child's education records. However, the School District may disclose appropriately designated "directory information" without written consent, unless you have advised the District to the contrary in accordance with District procedures. The primary purpose of directory information is to allow the School District to include this type of information from your child's education records in certain school publications. Examples include:

- A playbill, showing your student's role in a drama production;
- The annual yearbook;
- Honor roll or other recognition lists;
- Graduation programs;
- The school newspaper;
- School calendar and newsletter;
- All district social media channels such as Facebook and Twitter;
- School District website; and
- Sports activity sheets, such as for wrestling, showing weight and height of team members.

Directory information, which is information that is generally not considered harmful or an invasion of privacy if released, can also be disclosed to outside organizations without a parent's prior written consent. Outside organizations include, but are not limited to, companies that manufacture class rings or publish yearbooks. In addition, two federal laws require school districts receiving assistance under the Elementary and Secondary Education Act of 1965 (ESEA) to provide military recruiters, upon request, with the following information – names, addresses and telephone listings – unless parents have advised the school district that they do not want their student's information disclosed without their prior written consent.

**This letter is to inform you that if you DO NOT WANT Amsterdam School District to disclose directory information from your child's education records including photographs without your prior written consent, you must notify your school of enrollment in writing.**

*Amsterdam has designated the following information as directory information: -Student's name -Participation in officially recognized activities and sports -Address -Dates of attendance -Telephone listing -Weight and height of members of athletic teams -Honors and awards received -Yearbook individual and group photos -Photograph -Grade level*

Estimado Padre / Tutor:

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), una ley federal, requiere que el Distrito Escolar de Amsterdam, con ciertas excepciones, obtenga su consentimiento por escrito antes de la divulgación de información personal identificable de los registros educativos de su hijo(a). Sin embargo, el Distrito Escolar puede divulgar la "información del directorio" designada apropiadamente sin el consentimiento por escrito, a menos que haya avisado al Distrito de lo contrario de acuerdo con los procedimientos del Distrito. El propósito principal de la información del directorio es permitir que el Distrito Escolar incluya este tipo de información de los registros educativos de su hijo(a) en ciertas publicaciones escolares. Ejemplos incluyen:

- Un programa de teatro, que muestra el papel de su estudiante en una producción dramática;
- El anuario anual;
- Lista de honor u otras listas de reconocimiento;
- Programas de graduación;
- El periódico de la escuela;
- Calendario escolar y boletín informativo;
- Todos los canales de redes sociales del distrito como Facebook y Twitter;
- Sitio web del Distrito Escolar; y
- Hojas de actividades deportivas, como lucha, que muestran el peso y la altura de los miembros del equipo.

La información del directorio, que es información que generalmente no se considera dañina o una invasión de la privacidad si se divulga, también se puede divulgar a organizaciones externas sin el consentimiento previo por escrito de un padre. Las organizaciones externas incluyen, pero no se limitan a, compañías que fabrican anillos de clase o publican anuarios. Además, dos leyes federales requieren que los distritos escolares que reciben asistencia bajo la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965 (ESEA) proporcionen reclutadores militares, previa solicitud, con la siguiente información: nombres, direcciones y listas telefónicas, a menos que los padres hayan avisado al distrito escolar que no desean que se divulgue la información de su estudiante sin su previo consentimiento por escrito.

Esta carta es para informarle que si NO desea que el Distrito Escolar de Amsterdam divulgue información del directorio de los registros educativos de su hijo(a) sin su consentimiento previo por escrito, debe notificar al Registrador del Distrito dentro de las dos semanas posteriores a la inscripción de su hijo. Contacte a Nia Greco por correo electrónico a [agreco@gasd.org](mailto:agreco@gasd.org) o por escrito a:

**Edificio de la Administración Central c/o Nia Greco 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010**

**Amsterdam ha designado la siguiente información como información de directorio: -Nombre del estudiante -Participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos -Dirección -Fechas de asistencia -Lista de teléfono -Peso y altura de los miembros de los equipos deportivos -Honores y premios recibidos - Fotos individuales y grupales en el anuario anual (yearbook) -Fotografía -Nivel de Grado**

# GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

## Student Household Registration Form

HOUSEHOLD LAST NAME: \_\_\_\_\_ DATE OF REGISTRATION: \_\_\_\_\_

- Own  Rent  Lease  Lives With Family  Foster Care  Group Home  Not Specified  
 Temporary Housing- Primary Nighttime Residence: \_\_\_\_\_

APELLIDO DEL HOGAR: \_\_\_\_\_ FECHA DE REGISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

- Dueño  Alquiler  Arrendamiento  Vive con la familia  Cuidado de Crianza  Hogar Grupal  
 No especificado  Vivienda Temporal - Residencia primaria durante la noche: \_\_\_\_\_

ENROLLMENT SCHOOL YEAR:

- Remainder of current school year (For students starting immediately)  
 Resto del año escolar en curso (Para los estudiantes que empiezan inmediatamente)  
 Early registration (for students starting in September for the new school year)  
 Inscripción anticipada (Para estudiantes a partir de Septiembre para el nuevo año escolar)

### **Household Physical Address (Dirección física del hogar)**

House Number : \_\_\_\_\_ Street Name: \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Primary Household Phone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primary Household Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Teléfono principal del hogar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Idioma principal del hogar:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Proof of Residency:  Homeowner's Agreement  House Deed  Lease Agreement  
 Mortgage Statement  Notarized Landlord Affidavit  Property Tax Bill  
 Real Estate Statement  Utility Bill

Or  Temporary Housing Form/STAC -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.

Comprobante de Residencia:  Acuerdo del Propietario

Derecho Hipotecario  Acuerdo de Arrendamiento

Declaración de Hipoteca  Aff Declaración jurada del Propietario

Declaración de Impuestos a la Propiedad  Informe de Bienes Raíces

Recibo de Utilidad o Formulario de Vivienda Temporal/STAC -SOLO para familias/estudiantes en una "Residencia Temporal"(Ex; refugio, motel/hotel, coche, parque, sitio de campamento, duplicar temporalmente con otra familia o un joven no acompañado) Se requerirá una prueba de residencia una vez que se establezca la residencia permanente.

I, the undersigned, certify that the information in this packet is true to my knowledge and understand that I will convey any changes to the school as soon as possible.

Yo, el que suscribe, certifico que la información en este paquete es verdadera en mi conocimiento y entiendo que transmitiré cualquier cambio a la escuela tan pronto como sea posible.

Signature (Firma) : \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_

# GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

## **Parent/Guardian #1 (Primary Contact)**

### **Padre / Tutor # 1 (Contacto Principal)**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_  Male  Female

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Phone #1 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Phone #2 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Mailing Address : Check Here  If Same As Household Physical Address

Dirección Postal: Marque aquí  Si es igual a la dirección física del hogar

House Number : \_\_\_\_\_ Street Name: \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ PO Box: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_

Apto # \_\_\_\_\_ Correo Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## **Parent/Guardian #2 (Secondary Contact)**

Out Of Household  YES  NO

### **Padre / Tutor # 2 (Contacto Secundario)**

Fuera de la casa  YES  NO

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_  Male  Female

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Phone #1 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Phone #2 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Mailing Address : Check Here  If Same As Household Physical Address

Dirección Postal: Marque aquí  Si es igual a la dirección física del hogar

House Number : \_\_\_\_\_ Street Name: \_\_\_\_\_

Apt # \_\_\_\_\_ PO Box: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Número de casa: \_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_

Apto # \_\_\_\_\_ Correo Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

## Student Registration Form

Has the student ever attended the Amsterdam School District?  Yes  No

If No, enter their previous school, Grade, City & State:

Estudiante #1 ¿El Alumno se está registrando nuevamente?  Sí  No

Si es No, indique Escuela anterior, Grado, Ciudad y Estado

Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Proof:  Birth Certificate  Other

Grade Entering: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Prueba:  Certificado de Nacimiento  Otro

Grado de Ingreso: \_\_\_\_\_

Race (Check All That Apply):  American Indian  Alaska Native  Asian  Black/African  
American  Native Hawaiian/Other Pacific Islander  White

Is the Student of Hispanic, Latino or of Spanish Origin?  Yes  No

Raza (Marque todo lo que corresponda):  Indio americano  Nativo de Alaska  Asiático  
 Negro / Afroamericano  Nativo de Hawai / Otro de las islas del Pacífico  Blanco

¿Es el estudiante de origen hispano, latino o de origen español?  Sí  No

Gender:  Male  Female

Circle Their Currently Used Pronoun: He/Him She/Her They/Them

Dominant Language : \_\_\_\_\_ Birth Country: \_\_\_\_\_

Date of Entry into USA: \_\_\_\_\_ City/State of Birth: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Circule Su Pronombre Utilizado Actualmente: El Ella Ellos

Idioma Dominante : \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Entrada a los EE. UU.: \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado de Nacimiento: \_\_\_\_\_

STUDENT LIVES WITH (Check All That Apply)  Primary Contact  Secondary Contact

EL ESTUDIANTE VIVE CON (marque todo lo que corresponda)  Contacto Primario  Contacto Secundario

STUDENT MAILINGS GO TO (Check All That Apply)  Primary Contact  Secondary Contact

CORREO(S) DE ESTUDIANTE IR A (marque todo lo que corresponda)  Contacto Primario  Contact Secundario

Is there a current custody order for the student?  Yes  No

Existe una orden de custodia actual para el estudiante?  Sí  No

Is there a current order of protection for the student?  Yes  No

Existe una orden de protección actual para el estudiante?  Sí  No

Does the Student Have an IEP from Special Education?  Yes  No A 504 Plan?  Yes  No

¿Tiene el estudiante un IEP?  Sí  No Plan 504?  Sí  No

# GREATER AMSTERDAM SCHOOL DISTRICT

Siblings, including children under 5, living in the household.

Please enter their Name, Relationship, Birthdate and School (if applicable)

Hermanos que viven en casa (Nombre, Relación, Fecha de Nacimiento y Escuela)

- #1 \_\_\_\_\_
- #2 \_\_\_\_\_
- #3 \_\_\_\_\_
- #4 \_\_\_\_\_
- #5 \_\_\_\_\_

Please enter at least ONE emergency contact other than the Custodial Parent/Guardian

This will allow these individuals to pick up the student from school only.

## **Emergency Contact #1 | Contacto de emergencia #1**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Phone #1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Phone #2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

## **Emergency Contact #2 | Contacto de emergencia #2**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Phone #1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Phone #2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

## **Emergency Contact #3 | Contacto de emergencia #3**

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Phone #1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Phone #2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Signature (*Signatura*) : \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*): \_\_\_\_\_





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? _____

Month:    Day:    Year:

\_\_\_\_\_  
*Signature of Parent or of Person in Parental Relation* *Date*

Relationship to student:     Mother     Father     Other: \_\_\_\_\_

<b>OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>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
<b>NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL</b>	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>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
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:     No     Yes

\*\*DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

\_\_\_\_\_ MO. \_\_\_\_\_ DAY \_\_\_\_\_ YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:     ADMINISTER NYSITELL  
 ENGLISH PROFICIENT  
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

\_\_\_\_\_ MO. \_\_\_\_\_ DAY \_\_\_\_\_ YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

ENTERING     EMERGING     TRANSITIONING     EXPANDING     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, 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"/> Lynch Literacy Academy 55 Brandt Place Amsterdam, NY 12010 518-843-3716 FAX 518-843-6287 <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"/> Amsterdam High School 140 Saratoga Ave Amsterdam, NY 12010 518-843-4932 FAX 518-843-5432 <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"/> 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"/> Wm. Tecler Elementary School 210 Northern Blvd. Amsterdam, NY 12010 518-843-4805 FAX 518-843-6184 <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> _____



# 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: \_\_\_\_\_