



Victory Collegiate Academy
 3535 N. 63rd Ave., Phoenix, AZ 85033
 Phone: (623) 810-9781 Fax: (623) 926-2748

Forma de Inscripción Estudiantil

****Imprima Por Favor****

FOR OFFICE USE ONLY	
Enter Date _____	Enter Code _____
Grade _____	Teacher Name _____ Room # _____
AZ SAIS ID Number _____	
Data Entry Date _____	By Whom _____

Información del Estudiante

Primer Nombre: _____ Segundo: _____ Apellido Legal: _____

Estudiante Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Num. de Tel: _____ Genero: Masculino Femenino

Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____ Pais de Nacimiento: _____

Escuela previamente asistida: _____ Direccion: _____ # de tel: _____

Antecedentes del Estudiante

¿Ha recibido su hijo/a alguno de los siguientes?

Servicios educación especial: Si No Disciplinary Action: Suspension Expulsion Asistencia

Servicio de plan 504: Si No

¿Alguna vez su estudiante ha sido retenido un grado? Si No En caso afirmativo, grado que fue retenido? _____

*Esta información solicitada es únicamente para garantizar la continuidad de los servicios al momento de la inscripción y no se considera al tomar decisiones de inscripción y no se considera al tomar decisiones de inscripción. Al firmar a continuación, se otorga consentimiento a Victory Collegiate Academy para recibir registros escolares de escuelas anteriores y actuales. Nos reservamos el derecho de evaluar al estudiante y ubicarlo en el grado/clase apropiado.

Al firmar a continuación, reconozco y comprendo la declaración anterior:

Firma de Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

*De acuerdo con la ley federal, Victory Collegiate Academy NO discrimina por motivos de raza, color, religión, edad, género, identificación de género, orientación sexual, ciudadanía, discapacidad, origen nacional o etnico en la administración de sus políticas de admisión o programas de educación.

FERPA Reconocimiento

FERPA (Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes. Entiendo que esta información se puede encontrar en línea en el sitio web de Victory Collegiate Academy.

Firma de Padres/Guardianes: _____ Fecha: _____

Información de padres/tutores

Información de padres/tutores (1):

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

¿El estudiante vive con el padre/tutor (1)? Si No

¿Tiene el padre/tutor (1) la custodia legal del estudiante? Si No

Es padre / tutor (1) en el ejército? Si No

Información de padres/tutores (2):

Primer Nombre: _____ Apellido _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

¿El estudiante vive con el padre/tutor (2)? Si No

¿Tiene el padre/tutor (2) la custodia legal del estudiante? Si No

¿Es padre / tutor (2) en el ejército? Si No

Tutor legal/Otra información **Guardian legal** **Padrastro** **Adoptivos/otro**

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

¿Vive el estudiante con el tutor legal/otro? Si No

¿Tiene el tutor legal/otro la custodia legal del estudiante? Si No

¿Está el tutor legal/otro en las fuerzas armadas? Si No

Contactos de Emergencia

Contacto de Emergencia 1:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono móvil: _____ Otro Teléfono: _____

Contacto de Emergencia 2:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono móvil: _____ Otro Teléfono: _____

Persona/personas adicionales que pueden recoger a mi estudiante de la escuela:

*El nombre debe coincidir con la forma legal de identificación

Nombre completo: _____ Relación: _____ Home/Teléfono móvil: _____

Nombre completo: _____ Relación: _____ Home/Teléfono móvil: _____

Nombre completo: _____ Relación: _____ Home/Teléfono móvil: _____

La(s) siguiente(s) persona(s) NO pueden recoger a mi estudiante de la escuela:

Nombre completo: _____ Relación: _____

Nombre completo: _____ Relación: _____

Transporte Estudiantil

¿Cómo llegará su estudiante a casa de la escuela?

Recogida de padres **Caminar/Bicicleta** **Autobus**

Doy permiso para que mi estudiante CAMINE o MONTE en bicicleta hacia y desde la escuela. En consideración a que a mi estudiante se le permita caminar o andar en bicicleta hacia y desde Victory Collegiate Academy, me libero de responsabilidad y renuncio a mi derecho a demandar a Victory Collegiate Academy y/o a sus empleados por cualquier riesgo que pueda ocurrir mientras mi estudiante está en tránsito.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Reconocimientos y consentimientos adicionales de los padres/tutores

Yo doy permiso para:

- Si No El nombre, dirección, número de teléfono y los padres/guardianes de mi hijo/a se incluirán en el Directorio estudiantil.
- Si No El nombre, la foto o trabajo del niño/a se incluyen en los medios relacionados con la escuela, como entre otros, el sitio web, Facebook, boletines y/o periódicos.
- Si No Nombres, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y direcciones físicas de los padres/ guardianes que se le darán a la PTO/PTSO escolar, los que les permitirá comunicarse conmigo con respecto a eventos, información, actividades, recaudación de fondos, etc..

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Reconozco que el Manual para padres/estudiantes de Victory Collegiate Academy está disponible en el sitio web de Victory Collegiate Academy. Estoy de acuerdo en leer, entender y seguir todas las políticas dentro del manual para estudiantes/padres.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Reconozco que se me ha informado que los currículos de los maestros están disponibles para verlos si se solicitan en la oficina principal.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, afirmo que todo lo que he declarado en esta solicitud de inscripción es según mi leal saber y entender y creo que es verdadero, correcto y completo. Entiendo que cualquier tergiversación o información falsa puede resultar en el retiro de mis hijos/as de Victory Collegiate Academy.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____



Formulario de administración de medicamentos

El padre o adulto responsable DEBE traer el medicamento a la oficina en su envase o empaque originalmente recetado. No se aceptarán ni se administrarán medicamentos si el alumno los trae o si se reciben pastillas sueltas en bolsitas, sobres u otros envases. Cualquier medicamento de venta libre, por ejemplo, pastillas para la tos, debe mantenerse en la oficina de la enfermera para la seguridad de todos los estudiantes. Un formulario de permiso de los padres para la administración de estos medicamentos de venta libre debe estar firmado y archivado en la oficina de salud. Tenga en cuenta que está en contra de la política de la escuela que los estudiantes lleven con ellos cualquier medicamento recetado o de venta libre durante el día escolar. Esto incluye analgésicos y hierbas. Todos los medicamentos deben ser registrados en la oficina principal y se mantendrán en la oficina del especialista en salud.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Información Médica

Nombre de Doctor: _____ Num. de Tel de oficina: _____

Hospital Preferido: _____ Compañía de seguro de salud: _____

¿Su estudiante tiene alguna condición de salud crónica? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Tiene su estudiante algún impedimento físico o condición especial? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Tiene su estudiante algún otro problema de salud? (corazón, diabetes, asma, audición, visión, etc.) En caso afirmativo, explique. _____

¿Su estudiante tiene alguna alergia? (comida, animales/insectos, etc.) En caso afirmativo, explique. _____

¿Toma su estudiante algún medicamento diario? Si No

En caso afirmativo, ¿es necesario administrar el medicamento en la escuela? Si No

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día a administrar: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Hora del día a administrar: _____



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. **¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?**

2. **¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?**

3. **¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?**

Nombre del estudiante _____	Distrito _____
Fecha de nacimiento _____	Núm. de identificación _____
Firma del padre o tutor _____	SSID _____
Fecha _____	
Distrito o Charter _____	
Escuela _____	

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)