



Victory Collegiate Academy

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

Fecha: _____

Solicitud de Inscipción

Información del Estudiante

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Género: M F Grado: _____ Número de teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Estado de Nacimiento: _____ País de Nacimiento: _____
Nombre de la Escuela Anterior: _____ Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

Información del Padre ó Tutor

Información de la Madre:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono móvil: _____
¿Vive el Estudiante con Usted? Si No
¿Tiene Custodia Legal? Si No
¿Está la madre en el ejército? Si No

Información del Padre:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono móvil: _____
¿Vive el Estudiante con Usted? Si No
¿Tiene Custodia Legal? Si No
¿Está el padre en el ejército? Si No

Tutor legal / Otra información:

Guardián legal

Padrastro

Foster Care

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono móvil: _____



Información de contacto de emergencia: lista al menos dos contactos de emergencia en caso de que VCA no pueda comunicarse con el padre o tutor del estudiante.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Relación con el estudiante: _____

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Número de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono móvil: _____

Relación con el estudiante: _____

Las siguientes persona/personas pueden recoger a mi hijo(a) de la escuela.

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Las siguientes persona/personas NO pueden recoger a mi hijo(a) de la escuela.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Misceláneo

¿Cómo se enteró de VCA?

¿Su hijo(a) estará caminando o usando una bicicleta a y de la escuela?

¿Necesitarás transporte en autobús? No Si



Formulario de Administración de Medicamentos

El padre o el adulto responsable deben llevar el medicamento a la oficina en su envase o empaque original de prescripción. Los medicamentos no serán aceptados o administrados si el estudiante lo trae o si se reciben pastillas sueltas en bolsas, sobres u otros recipientes. 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 para la administración de estos medicamentos de venta libre debe ser firmado por el padre y archivado en la oficina de salud.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Información Médica

Nombre del Medico:

Número de teléfono:

Hospital preferido:

¿Tiene su hijo/a algún tipo de problema de salud crónica? Si es sí, por favor explique.

¿Tiene su hijo/a algún impedimento físico ó condiciones especiales? Si es así, por favor explique.

¿Alguna preocupación de salud? (corazón, diabetes, asma, audición, visión, etc.) Si es así, por favor explique.

¿Alguna alergia? (alimentos, animales, etc.) Si es así, por favor explique.

¿Está su hijo/a en algún medicamento diario? Si es si por favor indique.

¿Necesita el hijo/a que le den medicina en la escuela?

Antecedentes del Estudiante

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

Servicios de educación especial No Si Disciplinario: Suspensión

Servicios del Plan 504 No Si Asistencia Expulsión

¿Ha Reprobado un Grado? No Si

Si es así, ¿qué grado?



Esta información solicitada tiene el único propósito de garantizar la continuidad de los servicios al momento de la inscripción y no se considera al tomar decisiones sobre la inscripción. Al firmar a continuación, se otorga el 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. Cualquier información falsificada puede resultar en una acción, incluido el retiro de su hijo de la escuela.

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

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

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

RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR

Doy permiso para:

- No Si El nombre, la dirección, el número de teléfono y los nombres de los padres / tutores de mi hijo/a se incluirán en el directorio de estudiantes de la escuela.
- No Si El nombre, la foto o el trabajo escolar del niño/a se incluirá en los medios relacionados con la escuela, como, entre otros, el sitio web, Facebook, boletines y / o periódicos.
- No Si Permiso de dar los nombres de los padres/tutores, números de teléfono, correo electrónico y direcciones físicas al grupo de PTO/PTSO de la escuela, permitiéndoles comunicarse con usted sobre eventos, información, actividades, recaudación de fondos, etc.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Doy permiso para que dicho niño CAMINE o MONTE su bicicleta hacia y desde la escuela. En consideración a que mi hijo pueda caminar o andar en bicicleta a Victory Collegiate Academy, me eximo de responsabilidad y renuncio a mi derecho de demandar a Victory Collegiate Academy y / o sus empleados de todos y cada uno de los riesgos que puedan ocurrir mientras mi hijo está en tránsito.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

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 del Padre / Tutor _____ Fecha _____



Reconozco que sé dónde encontrar y tengo acceso al manual de Victory Collegiate Academy en línea. Acepto leer, comprender y seguir todas las pólizas.

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 se cree que es verdadero, correcto y completo. Entiendo que cualquier tergiversación o información falsa puede resultar en el retiro inmediato de mi (s) hijo (s) de Victory Collegiate Academy.

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Reconozco que me han informado que los currículums de maestros están disponibles en la oficina del campus.

Yes No

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____