

# BIENVENIDO A VICTORY ONLINE ACADEMY PAQUETE DE INSCRIPCIÓN



## ¡COMIENZA TU VIAJE EDUCATIVO HOY!

### PRIMEROS PASOS

- 1. COMPLETA EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN  
(Enlace: [victoryonlineacademy.com/enroll](https://victoryonlineacademy.com/enroll))
- 2. REvisa LA MATRÍCULA Y LAS TARIFAS  
(Portal de pagos en línea)
- 3. PROPORCIONA LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS  
(Transcripciones, identificación, comprobante de domicilio)
- 4. CONSULTA DE ADMISIÓN  
(Programar en línea)

### CONTENIDOS CLAVE DEL PAQUETE:

1. Carta de bienvenida y acceso al video de bienvenida
2. Lista de verificación de documentos requeridos
3. Resumen de matrícula y tarifas
4. Acuerdo y manual del estudiante
5. Preguntas frecuentes (FAQ)

### DETALLES DE VICTORY ONLINE:

- \*Educación en líneas 9-12
- \*Aprendizaje flexible y maestros expertos
- \*Currículo integral (matemáticas, ciencias, inglés, materias electivas)
- \*Apoyo estudiantil dedicado y asesoramiento académico
- \*Plataforma de aprendizaje de vanguardia



ENVÍA LOS FORMULARIOS COMPLETADOS A:  
[admissions@victoryonlineacademy.com](mailto:admissions@victoryonlineacademy.com)

EMPEZAR



VICTORY ONLINE | Siempre victorioso - en cualquier momento, en cualquier lugar.

PÁGINA 1 | PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

**VICTORY ONLINE ACADEMY**  
**REQUISITOS DE DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN**

*Estos documentos deben presentarse para completar el proceso de inscripción.*

*Formularios de inscripción para estudiantes nuevos*

- Formularios de inscripción de nuevo estudiante
- Autorización para recoger al estudiante (para eventos presenciales)
- Formulario de información de la escuela anterior
- Formulario de contacto de emergencia
- Formulario sobre el idioma del hogar
- Acuerdo sobre el Desarrollo Integral del Niño
- Acuerdo de apoyo
- Acuerdo de política de uso de internet
- Formulario de solicitud de expedientes escolares
- Reconocimiento de actividades físicas y liberación de responsabilidad
- Consentimiento para tratamiento médico/dental de emergencia
- Autorización de uso de imagen
- Historial de salud confidencial del estudiante
- Formulario "Mis alergias"
- Formulario de estudiante conectado al servicio militar
- Formulario de servicios y apoyos (opcional)
- Cuestionario de residencia del estudiante en Arizona (opcional)
- Encuesta de satisfacción del cliente (opcional)

Documentos adicionales requeridos:

- Registro de vacunas o exención
- Documentos de custodia (si aplica)
- Plan IEP/504 (opcional)
- Identificación del padre/madre o tutor
- Comprobante de domicilio
- Acta de nacimiento
- Registros de asistencia
- Registros disciplinarios
- Registros académicos

For Office Use Only:

- Proof of Age and Identity
- Immunization
- Legal Documents
- ESS (IEP/504)
- Start Date: \_\_\_\_\_
- Student SAIS #: \_\_\_\_\_

Formulario de Inscripción para Nuevo Estudiante

Información de estudiante		
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono: (Código de área):	
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	

Información sobre el padre o guardián	
Nombre de la madre o tutor/a:	Nombre del padre o tutor/a:
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Padres de acogida	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Padres de acogida
<p><b>Por favor, marque una opción a continuar:</b></p> <input type="checkbox"/> Vive con(residencia principal del estudiante) <input type="checkbox"/> Tiene custodia legal*	<p><b>Por favor, marque una opción a continuar:</b></p> <input type="checkbox"/> Vive con(residencia principal del estudiante) <input type="checkbox"/> Tiene custodia legal*
Dirección:	Dirección:
Ciudad/Estado/Código postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Empleador:	Empleador:
Teléfono de casa: Teléfono celular: Teléfono de trabajo:	Teléfono de casa: Teléfono celular: Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
<p><i>*Se pueden presentar documentos judiciales oficiales a la escuela en caso de divorcio, separación, custodia u otros asuntos legales.</i></p>	



### Autorización para recoger al estudiante

\*Las siguientes personas están autorizadas a recoger a mi hijo/a en lugares o eventos presenciales. (Por favor, asegúrese de que sus contactos sepan que están en la lista. Si no podemos contactarle, primero llamaremos a los contactos de emergencia y también a las personas de la lista en el orden en que aparecen).

Apellido, Nombre	Relación con el estudiante	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Se requieren documentos de tutela legal o custodia en los siguientes casos::

- Si se ha llevado a cabo una adopción, lo cual se refleja en un certificado de nacimiento modificado, y el estudiante reside con los padres adoptivos tal como figuran en dicho certificado.
- Si el estudiante reside con el progenitor que ejerce la custodia como resultado de un divorcio.
- Si el estudiante reside con cualquier otra persona (p. Ej., abuelos, tíos, hermanos, amigos o parientes). **Debemos recibir una fotocopia de los documentos judiciales que otorgan la tutela en un plazo de 30 días a partir de la inscripción.**

**Por favor, complete lo siguiente. Si algún campo no aplica, seleccione N/A en los espacios en blanco correspondientes.**

Si los padres están separados o divorciados, ¿quien tiene la custodia legal? : \_\_\_\_\_  N/A

¿Tiene el progenitor no custodio derechos de visita restringidos?  Si  No  N/A

En caso afirmativo, por favor explique y proporcione documentos: \_\_\_\_\_

Si no, por favor seleccione  N/A

### Hermanos inscritos en Victory Futures Academy

Apellido, Nombre	Relación con el hermano/a (Marque con un círculo)		Grado	Escuela
	Hermano	Hermana		
	Hermano	Hermana		
	Hermano	Hermana		
	Hermano	Hermana		
	Hermano	Hermana		

**Información sobre la escuela anterior: Nombre y dirección de la última escuela a la que asistió.**

--

**Por favor, complete las siguientes secciones (Opcional).**

¿Su estudiante se encuentra actualmente suspendido o se está considerando para una suspensión a largo plazo?  Si  No

¿Alguna vez a su estudiante le han recomendado, evaluado o ha calificado para servicios de Educación Especial?

Si  No

¿Su estudiante está recibiendo servicios de recursos o de Educación Especial?  Si  No

¿Su estudiante está recibiendo servicios de habla o lenguaje?  Si  No

¿Alguna vez ha recibido su estudiante alguno de estos servicios en el pasado?  Si  No

En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo recibió su estudiante estos servicios?

¿Tiene su estudiante un Plan de Adaptaciones 504 (Opcional)?  Si  No

¿Ha tenido su estudiante un Plan de Adaptaciones 504 en el pasado (Optional)?  Si  No

¿Está su estudiante inscrito, o ha estado inscrito formalmente en el pasado, en clases de Educación para Superdotados?

Si  No

\*Esta información se utiliza para la continuidad de los servicios y las adaptación, no para decisiones de inscripción.

## Acuerdo de apoyo

Padres/Tutor:

Como padre/tutor de un niño/a que asiste a Victory Online Academy, me comprometo a apoyar a la escuela y a cumplir con las políticas y procedimientos indicados en el Manual para Padres y Estudiantes. Al firmar a continuación, reconozco que el Manual para Padres y Estudiantes de VOA se encuentra disponible en el sitio web de VOA.

Nombre del padre o tutor firmante: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Estudiante:

Como estudiante de Victory Online Academy, aceptó asumir la responsabilidad de las políticas y procedimientos descritos en el Manual para Padres y Estudiantes. Al firmar a continuación, reconozco que el Manual para Padres y Estudiantes de VOA se encuentra en el sitio web de VOA.

Nombre impreso del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



### Encuesta sobre el idioma del hogar

Las respuestas a esta Encuesta sobre el idioma del hogar son utilizadas por la escuela para proporcionar los programas y servicios educativos más adecuados para el estudiante. Por favor, responda a cada de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, por favor comuníquese con el equipo de la oficina administrativa de Victory Futures Academy o con el Director.

1. ¿Qué idioma se habla en el hogar la mayor parte del tiempo?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayor parte del tiempo?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué idioma hablo o comprendió el estudiante por primera vez

\_\_\_\_\_

Nombre de estudiante : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

SSID: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nota interna de VOA: Por favor, entregue una copia de este documento al Director para su archivo y asegúrese de actualizar nuestro SIS con esta información.

## Política de uso de Internet

El uso de la red informática de VOA es un privilegio, no un derecho. Los estudiantes pueden utilizar las computadoras siempre y cuando observen las normas que se describen a continuación. El incumplimiento de estas normas resultan en la pérdida de los privilegios de uso de la red informática, detención o suspensión, de conformidad con el Manual del Estudiante de VOA.

1. La red debe utilizarse únicamente para actividades que apoyen la educación y la investigación relacionadas con las tareas escolares asignadas.
2. La red no debería utilizarse para ningún fin ilícito/ Las actividades ilícitas incluyen la manipulación del hardware o software informático, el acceso no autorizado a equipos informáticos, el acceso no autorizado a equipos informáticos, o el vandalismo o la destrucción deliberada de archivos informáticos. Dicha actividad se considera un delito conforme a las leyes estatales y federales.
3. Copyrighted material is not to be copied without permission. Copyright laws and regulations regarding software, information, and attribution of authorship are to be respected. No software other than what is provided by the school may be installed.
4. Queda prohibido cualquier uso de la red que implique obscenidad, lenguaje soez, racismo, sexismo, ataques personales, acoso o mensajes e imágenes ofensivos. La detección de cualquier contenido de este tipo dará lugar a la pérdida inmediata de privilegios, detención y/o suspensión.
5. No se deben compartir contraseñas ni cuentas. Las infracciones de la política que puedan rastrearse hasta una cuenta individual serán consideradas exclusivas del titular de dicha cuenta.
6. Va en contra de la política interna utilizar las cuentas y contraseñas de otras personas, usar seudónimos o el anonimato, o intentar acceder a información ajena.
7. Va en contra de la política de degradar deliberadamente el rendimiento de la red. Las cartas en cadena electrónicas y las (bombas de correo) están prohibidas.
8. Los estudiantes que tengan conocimiento de infracciones a estas políticas deben informar de ello de inmediato al profesor, al director o al operador del sistema.

Antes de recibir la autorización para utilizar Internet, los estudiantes y sus padres o tutores deben firmar el siguiente documento de permiso y contrato:

**Ser completado por los padres / tutor:**

Autorizo a mi estudiante a participar en el uso de internet, una red mundial de telecomunicaciones. Soy consciente de que mi estudiante podrá acceder a las principales redes de todo el mundo a través de Internet,. Entiendo que este acceso está diseñado y destinado exclusivamente a fines educativos. También comprendo que el estudiante recibirá instrucción sobre el uso adecuado de este recurso. Reconozco que Internet contiene material que resulta inapropiado para fines escolares. Respaldo la postura de la escuela de que los estudiantes son responsables de no acceder a dichos materiales. Cualquier uso inaceptable de la red conlleva la suspensión de todos los privilegios. No haré responsable a Victory Futures Academy por los materiales inapropiados que el estudiante pueda obtener mediante el uso de internet en el ámbito escolar.

Reconozco que he leído la política de uso de internet.

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardian \_\_\_\_\_

Firma del padre/guardian \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para ser completada por el estudiante:**

Cumplire con la política de uso de internet. Entiendo que internet contiene material inapropiado para el uso escolar y por lo tanto, asumo la responsabilidad personal de no acceder a dicho material. Reconozco que le resulta imposible a Victory Online Academy impedir el acceso a todo material controvertido, y no la haré responsable por los materiales encontrados o adquiridos en la red. Asimismo, entiendo que cualquier infracción, mis privilegios de acceso podrán ser revocados y se podrán tomar las medidas disciplinarias escolares y/o acciones legales pertinentes.

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Presenciado por: \_\_\_\_\_



Request for Release of Student Records  
Solicitud de entrega de expedientes estudiantiles

Please forward the transcript(s) of:

Student Name / Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Date Enrolled On: \_\_\_\_\_ SAIS: \_\_\_\_\_

Previous School Information / Información de la escuela anterior:

School Name / Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Last Grade Enrolled In / Último año de curso: \_\_\_\_\_

The parent or guardian who has signed below has been informed of this transfer request and grants permission for the below mentioned information to be sent. **If this student is a special education student, please forward those records as well.**

Please send the following information to: [admissions@victoryonlineacademy.com](mailto:admissions@victoryonlineacademy.com)

Los padres o tutor que firma a continuación ha sido informado de esta solicitud de transferencia y otorga su permiso para que se envíe la información mencionada a continuación. **Si este estudiante recibe educación especial, por favor envíe también dichos expedientes.** Por favor de enviar a la siguiente informaciones:

[admissions@victoryonlineacademy.com](mailto:admissions@victoryonlineacademy.com)

Information Requested To Be Sent	
Proof of Age	<b>Special Education</b>
Immunization Records/Health Records	MET/IEP
Official Transcripts	- Psycho- Educational Evaluations
AIMS Student Report Information	- Speech Evaluations
Test Scores (SELP/AZELLA Scores)	- Behavior Plans
Official Withdrawal Form	- 504 Accommodation Plan
Grades to Date of Withdrawal	- Psychiatric/Occupational/Physical Therapy Evaluations
Discipline and Attendance Records	- Medical Records/Medical Diagnosis
Hearing and Vision Screening Results	

Signature of Parent/Guardian- Firma de padre o tutor

Date / Fecha

\_\_\_\_\_ Home Address / Dirección

\_\_\_\_\_ Telephone / Número de teléfono

\*\*\*\*\*Office Use Only\*\*\*\*\*

School Fax/Email: \_\_\_\_\_ School Phone Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 1<sup>st</sup> Attempt

\_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Attempt

\_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> Attempt

Reconocimiento, Riesgos y exoneración de responsabilidad en relación con actividades físicas.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Las actividades físicas requieren que el padre o tutor de cada participante firme este reconocimiento. Asunción de riesgos y exoneración de responsabilidad. Al firmar este documento usted,

1. Reconozco que la participación del participante en actividades físicas pueden resultar en lesiones.
2. Declaró ante Victory Online Academy, y sus afiliados, escuela, directores, empleados y miembros de VOA, que el [participante no [padece ninguna lesión, enfermedad u otra afección médica que le impida participar en actividades físicas, o que haga que resulte peligroso, perjudicial o desaconsejable para el o ella hacerlo..
3. Asumir el riesgo, y eximir y mantener indemne a Victory Online Academy de toda responsabilidad por cualquier lesión física u otro daño o perjuicio sufrido por el participante durante o como consecuencia de su participación en actividades físicas;
4. Convengo en que ni Victory Online Academy, ni las instalaciones en las que se celebre cualquier partido entrenamiento u otra actividad, ni ninguna otra persona involucrada en la organización o dirección de dicha actividad, incluyendo entrenadores, árbitros y escuelas asumir responsabilidad alguna por cualquier lesión o daño que el participante pueda sufrir.

He leído detenidamente, comprendo y por la presente acepto lo anteriormente expuesto, y reconozco que este acuerdo será vinculante para mí, mi cónyuge mis hijos mis representantes legales herederos sucesores y cesionarios.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento para tratamiento médico/dental de emergencia

En caso de emergencia médica, intentaremos contactar primero al tutor principal y posteriormente al tutor secundario. Ambos figuran en el formulario de inscripción. En algunas circunstancias podría ser necesario solicitar tratamiento médico antes de lograr contactarlos. Se requiere su autorización para que su hijo reciba tratamiento de emergencia en caso de que ocurra una emergencia médica en la escuela.

<b>Nombre del estudiante</b>	
<b>Fecha de nacimiento</b>	

- Si, otorgó permiso para que mi hijo/a reciba tratamiento médico de emergencia por parte del personal prehospitalario autorizado y de los miembros del personal hospitalario según lo que a su juicio profesional o redunde en el mejor interés de mi hijo. Por la presente reconozco que no se me ha ofrecido ninguna garantía con respecto al efecto que dichos exámenes tratamientos puedan tener en el estado de salud de mi hijo/a. Asimismo, reconozco que soy responsable de todos los cargos razonables relacionados con la atención y el tratamiento presentado durante este periodo.**

Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Compania de seguro médico: \_\_\_\_\_

Doctor familiar: \_\_\_\_\_

Compania de seguro dental: \_\_\_\_\_

Doctor dental: \_\_\_\_\_

Por favor, explique cualquier procedimiento especial o solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- No, no doy permiso para que mi hijo/a reciba tratamiento médico de emergencia.**

**Medicamentos actuales:** \_\_\_\_\_

**Alergias conocidas** \_\_\_\_\_

<b>Historial Médico (Marque todas las opciones que correspondan)</b>			
<input type="checkbox"/> Sarampion	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Afección cardiaca	<input type="checkbox"/> Infeccion de oido
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Deterior visual	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsión
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Escoliosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Otro -Por favor, explique:			

## Acuerdo de consentimiento para tratamiento médico/dental de emergencia

### Medicamentos con receta:

Entiendo que, si mi estudiante necesita medicamentos recetados o cualquier dosis distinta a la recomendada para los medicamentos de venta libre, se deben cumplir las siguientes estipulaciones:

1. Ya se trate de un medicamento recetado o de uno de venta libre, este debe presentarse en su envase original. La etiqueta farmacéutica debe figurar en el envase de cualquier medicamento recetado.
2. El padre debe proporcionar instrucciones escritas y firmadas al auxiliar de salud con respecto a los medicamentos que se deben administrar.
3. Todos los medicamentos deberán permanecer en la enfermería. Cuando sea necesario, se podrán tomar las medidas pertinentes para permitir que los estudiantes porten inhaladores para el asma, siempre que cuenten con una nota médica.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDIOS 2026-2027  
(PARA ESTUDIANTES ACTUALES Y ESTUDIANTES NUEVOS)

<b>Primer nombre, Segundo nombre Apellido</b>	
---	--

**Por favor, elija uno:**

- Entiendo y acepto que se pueda tomar una fotografía de mi hijo/a en la escuela o durante actividades fuera del horario escolar, y que esta sea utilizada en el periodico local, en el sitio web de VFA o en sus páginas de Facebook y Twitter; o bien, en el caso de videos, que pueda aparecer en televisión o en el sitio web. Asimismo acepto que la publicación de un artículo o de un trabajo escolar también pueda aparecer en los medios mencionados anteriormente.
- No autorizo la fotografía de mi hijo aparezca en las noticias escolares, en periódicos locales, en el sitio web de VFA, en sus paginas de Facebook, Twitter ni en ningun video que pueda emitirse en el sitio web. Asimismo no doy mi consentimiento para la publicación de artículos o trabajos escolares que pudieran aparecer también en los medios antes mencionados.

**Es imperativo que este formulario sea devuelto a la escuela para ser archivado en los expedientes de su hijo/a.**

---

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

Formulario confidencial de actualización del historial de salud del estudiante y de consentimiento 2026-2027  
(Opcional)

Información del estudiante (Opcional)		
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____  Edad actual: _____	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina
Grado: _____ (26/27 AE)  Fecha de hoy: _____	Telefono particular: _____  Telefono movil: _____	Padre/Tutor (Persona que completa el formulario): _____

Historial de salud del estudiante (Opcional)	
Preguntas: Tiene su hijo o ha tenido recientemente alguno de los siguientes?	En caso afirmativo por favor explique:
<i>Una condición médica continua?</i>	
<i>Ha sido atendido por un especialista en los últimos años?</i>	
<i>Alergias específicamente a: (Vea la sección de alergias al lado para tener más información)</i>	<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Pasto <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Otro: _____
<i>¿Ha sido hospitalizado?</i>	
<i>¿Ha tenido una operación?</i>	
<i>¿Ha sufrido una lesión de emergencia que requirió tratamiento?</i>	
<i>Fracturas, esguince o distensión/desgarro muscular?</i>	
<i>Convulsion of crisis epileptica.</i>	
<i>Desmayos o traumatismo craneales.</i>	
<i>¿Tiene requerimientos dietéticos especiales?</i>	
<i>¿Ha tenido un problema de la visión?</i>	
<i>¿Ha tenido un problema o trastorno auditivo?</i>	

<i>Brackets o aparato bucal o tratamiento dental?</i>	
<i>Asma o uso de inhalador?</i>	Si es así, proporcione instrucciones para el asma y los materiales necesarios.

<b>Medicamentos que está tomando actualmente (Opcional)</b>			
Nombre de medicamento	Dosis prescrita del medicamento	Hora de administración	Instrucciones especiales

**AUTORIZO AL PERSONAL ESCOLAR A ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS QUE YO HE PROPORCIONADO A MI HIJO/A. .  Si  No**

**AUORIZO AL PERSONAL ESCOLAR A PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA/PRIMEROS AUXILIOS Y A LLAMAR AL 911, SI ES NECESARIO.  Si  No**

**AUTORIZO AL PERSONAL ESCOLAR A ADMINISTRAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, TALES COMO (por favor marque):**

- TYLENOL  IBUPROFEN  BENADRYL (ALERGIA)  MEDICAMENTO PARA EL RESFRIADO COMÚN / TOS
- UNGÜENTO DE PRIMEROS AUXILIOS  SOLUCIÓN PARA LAVADO DE OJOS  ANBESOL (PARA EL DOLOR DENTAL)
- ENJUAGUE CON AGUA SALADA O NASAL

**\*\*\*\* SE ADMINISTRA COMO DOSIS DE CORTESIADE 1 DIA\*\*\*\***

**\*\*\* LA ESCUELA ME NOTIFICARA POR NOTA O POR TELÉFONO. \*\*\***

**YO PROPORCIONARÉ CUALQUIER MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE ADICIONAL, CON INSTRUCCIONES QUE MI HIJO/A PUEDA NECESITAR. ESTO SERÁ ENTREGADO EN LA OFICINA PRINCIPAL.**

**NO DESEO QUE SE ADMINISTREN MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE A MI HIJO/A.**

**Las vacunas/exenciones de su hijo/a están al día?**

SI  NO

Las vacunas/exenciones deben estar al día para el primer día de asistencia a clases. Por favor consulte la lista de vacunas requeridas y los calendarios en el sitio web del Departamento de Servicios de Salud de Arizona o llame al (602)263-8856 para conocer los requisitos y el horario de clínicas gratuitas.

**Información de vacunación del estudiante**

Certifico que la información anterior y toda la información relacionada con la salud es correcta, actual y completa.

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Mis alergias

<b>Nombre del estudiante, Segundo Nombre y Apellido</b>	
---	--

<b>Alergias alimentarias</b> <b>*Por favor escriba "ninguna si no hay alergias."</b>	
Alergico a:	Medicamentos recetados:

<b>Alergias estacionales</b> <b>*Por favor escriba "ninguna si no hay alergias."</b>	
Alergico a:	Medication Prescribed:

<b>Otras alergias</b> <b>*Por favor escriba "ninguna si no hay alergias."</b>	
Alergico a:	Medicamentos recetados:

Firma del padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Victory Online Academy  
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
**Estudiante con conexión militar**

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre/tutora legal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- El estudiante es dependiente de un miembro del servicio militar de los Estados Unidos (Fuerza Aérea, Ejército, Cuerpo de Marines, Marina o Guardia Costera) **es servicio activo**.
- El estudiante es dependiente de un miembro de **tiempo completo** de la Guardia Nacional o la Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Fuerza Aérea, Ejército, Cuerpo de Marines o Marina).
- El estudiante es dependiente de un miembro de la Guardia Nacional o de la Reserva de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Cuerpo de Marines o Guardia Costera).
  
- Ninguna de las anteriores.

La firma del padre/madre o tutor a continuación certifica que la información proporcionada es preciosa y completa.

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Información de servicio y apoyo  
(Opcional)

**Seccion de informacion de servicios y apoyo (Opcional)**

Nombre del estudiante (Nombre, segundo Nombre, Apellido):

Grado ( / AE): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor seleccione si o no para cada pregunta.**

¿Tiene alguna preocupación sobre el desempeño académico de su estudiante?

Si  No

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento o las habilidades socioemocionales de su estudiante?

Si  No

¿Algún maestro o profesional ha expresado alguna vez preocupaciones sobre las habilidades académicas o de comportamiento de su estudiante?

¿Su estudiante ha sido evaluado alguna vez para recibir servicios de educación especial?

Si  No

¿Su estudiante ha sido evaluado alguna vez por una discapacidad?

Si  No

Por favor explique cualquier respuesta de "SI":

Su estudiante ha recibido alguna vez servicios o apoyo en las siguientes áreas(selección todas las que correspondan)?

Intervención académica  Terapia del habla y del lenguaje  Terapia ocupacional

Evaluación psicológica  Consejería de Salud mental  Terapia física

Por favor tenga en cuenta:

- La Regulación Federal 34 C.F.R. 300.302 requiere que los estudiantes sean evaluados de manera rutinaria para detectar dificultades que puedan impedir su acceso al aprendizaje como parte de la intervención y el apoyo temprano. Esto no es una evaluación ni una determinación de elegibilidad para servicios.
- El Código Administrativo de Arizona R7-2-401 (D)(8) requiere que todos los estudiantes nuevos y de transferencia también sean evaluados para detectar preocupaciones dentro de los 45 días calendario posteriores a la inscripción. Si se presentan inquietudes en ese momento, se notificará a los padres dentro de los 10 días escolares.
- Arizona Revised Statute §15-249.10 requires that all students in grades Kindergarten through 3<sup>rd</sup> grade are screened regularly for reading problems including dyslexia.

Entiendo que mi firma a continuación es para verificar la exactitud de la información anterior. Esto no es una autorización para realizar una evaluación y/o pruebas ni para colocar a su hijo/a en educación especial.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Cuestionario de Residencia Estudiantil de Arizona (Opcional)

La información contenida en este formulario es confidencial y es utilizada para determinar si un niño o joven necesita apoyo para afrontar la falta de vivienda.

Sección A

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Su dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió: \_\_\_\_\_ Grado actual: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Tiene otros hijos que asisten a escuelas de nuestro distrito? Si  No

Tiene hijos/as en edad preescolar? Yes  No

Por favor proporcione información sobre otros hijos que asisten a escuelas de nuestro distrito o que están en edad preescolar.

Apellido	Nombre	Grado	Escuella	Distrito

¿Dirección donde el estudiante durmió anoche?: \_\_\_\_\_

Esta dirección se debe a un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda? Si  No

(Ejemplos: compartir la vivienda de transición; automóvil; parque; campamento; o vivienda inadecuada, incluyendo falta de agua corriente, electricidad o electricidad o espacio adecuado)

NOTA:

Si marcó "No" en el arreglo de vivienda temporal, puede DETENERSE aquí. Si marcó "Si" continúe con la siguiente sección.

Seccion B

Nombre del padre/madre/tutor o adulto que cuida al estudiante:

Relación con el estudiante:

Si la dirección que proporciono en la sección A se basa en un arreglo de vivienda temporal, se debe a la pérdida de vivienda o a dificultades económicas? Si  No

Por favor coloque una "X" en cada casilla que mejor describa donde duerme el estudiante por la noche.

En un lugar no tiene ventanas, puertas, agua corriente, calefacción, electricidad o que está haciendo. Viviendo con un amigo o familiar debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar. (Ejemplo; desalojo, ejecución hipotecaria, incendio, inundación, pérdida de empleo, divorcio, violencia doméstica, expulsado por los padres, se fue de casa) \_\_\_\_\_

En un refugio o programa de vivienda de transición (nombre de la agencia): \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

En un lugar sin refugio (por ejemplo; tienda de campaña, vehículo, edificio abandonado, calles, campamento, parque, estación de autobus/tren o un lugar similar).  
Proporcione las calles principales que se cruzan en esta ubicación sin refugio. \_\_\_\_\_

En un hotel (nombre del hotel/motel y dirección). \_\_\_\_\_  
¿En qué fecha comenzó a quedarse aquí? \_\_\_\_\_

Con un adulto que no es el padre/madre ni el tutor legal designado por la corte.

Solo, sin el cuidado de un padre o tutor legal designado por la corte.

Ninguna de las anteriores (Por favor explica): \_\_\_\_\_



La siguiente firma certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta. Las declaraciones falsas sobre la situación de vivienda pueden afectar la inscripción.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que proporciona la información. Fecha  
Padre/madre, tutor(a) legal, cuidador(a), estudiante.

\*\*\*\*\*Solo para uso escolar\*\*\*\*\*

Please note, the student's cumulative file should not include a copy of this form. Do not make copies of this form. If Section B is filled out, please notify the District Homeless Education Liaison, and provide the original form to them.

Name of school site personnel who enrolled the student: \_\_\_\_\_

Please check the housing types that apply:

Sheltered  Doubled-up  Unsheltered/FEMA/Substandard  Hotel/Motel

Unaccompanied youth: Yes  No  Transportation to school of origin needed: Yes  No

Student Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Programa Whole Child de Victory Online Academy  
Acuerdo y Reconocimiento para Padres y Estudiantes**

**Resumen de Whole Child Programs**

**Desarrollo del Carácter  
Cuerpo Saludable  
Mente Saludable  
Habilidades para la Vida  
Preparación Universitaria y Profesional  
Best Buddies**

En Victory Online Academy, los estudiantes participan en el **Programa Whole Child**, un modelo distintivo diseñado para prepararlos para el éxito más allá de la escuela secundaria a través de experiencias integradas que van más allá de lo académico tradicional. Estos programas están diseñados para desarrollar el liderazgo, la preparación para el mundo real y la responsabilidad personal, al mismo tiempo que apoyan a los estudiantes en su preparación para la universidad, las carreras profesionales y la vida después de la graduación.

Al firmar a continuación, los padres/tutores y los estudiantes reconocen y aceptan que la participación y el cumplimiento de los requisitos del **Programa Whole Child** son una expectativa de graduación en Victory Online Academy. Los estudiantes deberán completar los requisitos aplicables del programa, según se describen en el **Manual del Estudiante**, para poder graduarse.

Para obtener información adicional o aclaración sobre las expectativas del **Programa Whole Child**, por favor programe una reunión con la Directora

Nombre en letra de molde del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL CLIENTE

Thank you for your interest in Victory Online Academy. We are committed to serving all our families, students, parents, and staff in a pleasant and courteous manner. Please take a few minutes to complete this brief questionnaire. This information will be used to monitor customer satisfaction, and all responses will be kept confidential.

1. ¿Cómo se enteró de nosotros?

Periódico

Folleto

Internet

Amigo(a) o familiar

Pasé por la escuela

Tarjeta postal

Estudiante de VFA

Evento de inscripción

Referencia de otra escuela: (Nombre de la escuela) \_\_\_\_\_

2. ¿Se respondieron todas las preguntas sobre el proceso de inscripción y VFA a su satisfacción?

3. Si  No

Si la respuesta es NO, por favor explique:

---

Si tiene alguna sugerencia para mejorar el servicio al cliente y/o el proceso de registro, por favor escríbala a continuación. Gracias por tomarse el tiempo para completar el cuestionario. Su opinión es importante para nosotros.