



Academia del Valle para
Carrera y tecnología
Educación

HABILIDADES PARA HOY, CARRERAS PARA LA VIDA

ESTA CAJA ES SOLO PARA USO DE OFICINA

Fecha de entrada: _____

Código de entrada: _____

Nombre de identificación del alumno: _____

Fecha de entrada de PS _____ Iniciales _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES PARA PROGRAMAS DEL CAMPUS CENTRAL

Selección de programa: (Coloque una X para la elección del programa y marque con un círculo su preferencia de tiempo y nivel)

_____ Asistente de enfermería certificado/flebotomía (año completo) (AM o PM)	_____ Ciencia del fuego - 1 (AM)
_____ Asistente de enfermería certificado (un semestre) (AM o PM)	_____ Aplicación de la ley - 1 o 2 (AM)
_____ Flebotomía (un semestre) (AM o PM)	_____ Formación de profesores - 1 (AM) o 2 (PM)
_____ Construcción - 1 o 2 (AM o PM)	_____ Enfermería de segundo año o EMT para FS y CNA de segundo año
_____ Cosmetología (Peluquería) - 1 (AM) o 2 (PM)	_____ HVAC (calefacción, ventilación y aire acondicionado) - 1 or 2 (PM)

POR FAVOR COMPLETE TOTALMENTE E IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA

Nombre del estudiante: Primero _____ Último _____ MI _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento (ciudad/estado) _____

Género: Masculino _____ Femenino _____

Origen/Etnicidad (marque una)

_____ Indio americano o nativo de Alaska	_____ caucásico
_____ asiático	_____ Hispano/Latino
_____ Negro/afroamericano	_____ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

Dirección física _____
(Incluya ciudad, estado y código postal)

Dirección de envío _____
(Incluya ciudad, estado y código postal)

Teléfono celular del estudiante: _____ Dirección de correo electrónico del estudiante: _____
Este número de teléfono y dirección de correo electrónico se utilizarán para contactar al estudiante, así como para notificaciones automáticas

Escuela secundaria actual a la que asiste _____

Año esperado de graduación de la escuela secundaria _____

PARTICIPACIÓN EXTRACURRICULAR

Enumere todos los deportes, clubes y actividades (escolares/comunitarias) en los que participará el próximo año escolar.

Semestre de otoño (agosto – diciembre) _____ Semestre de primavera (enero – mayo) _____

La Academia Valley para la Educación Profesional y Tecnológica busca tener un cuerpo estudiantil diverso. La escuela no discrimina en admisiones, empleo ni en ninguno de sus programas o actividades educativas por motivos de raza, color, origen nacional o étnico, ascendencia, religión o credo religioso, discapacidad o minusvalía, género, identidad y/o expresión de género u orientación sexual.

INFORMACIÓN FAMILIAR

El estudiante vive con: _____

Nombre de la madre/tutora: _____

Teléfono de casa: _____

Dirección postal de la madre _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono móvil: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono de casa: _____

Dirección postal del padre _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono móvil: _____

Lugar de trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA EL PADRE/TUTOR

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES

Nombre del doctor: _____ Teléfono: _____

Proveedor de seguros: _____ Política # _____

Por favor, marque si el estudiante tiene alguna de las siguientes condiciones de salud e incluya los medicamentos que toma.

_____ TDA/DAH _____

_____ Alergias (especificar) _____

_____ Asma _____

_____ Diabetes _____

_____ Trastorno endocrino _____

_____ Gastrointestinal _____

_____ Trastorno auditivo/del oído _____

_____ Condición del corazón _____

_____ Migrañas _____

_____ Visión (gafas/lentes de contacto) _____

_____ Otro _____

_____ Medicación que está tomando actualmente _____

ALOJAMIENTOS ESPECIALES

¿Alguna vez se ha evaluado al estudiante para determinar si es elegible para recibir educación especial y servicios relacionados?

Sí _____ No _____

Si es así, ¿el estudiante calificó para recibir los servicios? Sí _____ No _____

Mi familia califica para almuerzo gratuito o reducido: Sí _____ No _____

¿Alguno de los padres o tutores trabaja actualmente en Yavapai College? Sí _____ No _____

Firma del padre/tutor: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____