

VALLEY WEST SCHOOL

269 Moore Street, Chicopee, MA 01013

(413) 592-6069

www.valleywestschool.com

Estimados padres/tutores:

Adjunto encontrará el calendario escolar del año escolar 2024-2025. Nuestro primer día de clases será el jueves 29 de agosto, con horario de 7:45 a. m. a 2:10 p. m. También hemos incluido información sobre nuestro Grupo Asesor de Padres y nuestra Política de Teléfonos Celulares para su revisión.

También se incluyen en el paquete los siguientes formularios que deben completarse y devolverse:

o Acuerdo de Admisión de VWS (Indica que acepta la información incluida en el Manual para padres y estudiantes y política sobre novatadas

* Tenga en cuenta: el Manual para padres y estudiantes se puede encontrar en nuestro sitio web www.valleywestschool.com. Si desea una copia impresa, llame a la escuela para solicitarla.

- o Formulario de emergencia médica/Formulario de medicamentos de venta libre
- o Formulario de permiso para recoger
- o Liberación de Información de la Granja
- o Formulario de llamada automatizado
- o Formulario de permiso para fotografías

Complete estos formularios y devuélvalos a la escuela, ya que necesitamos archivar otros nuevos. Anualmente. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, no dude en contactar con la escuela.

Les recordamos que el sitio web de nuestra escuela, www.valleywestschool.com, se actualizará con anuncios importantes, como cancelaciones o retrasos por mal tiempo, fechas de entrega de boletas de calificaciones, cambios de horario o eventos especiales. Consulte las actualizaciones durante el año escolar.

Atentamente,

John Dziel
Principal

VALLEY WEST SCHOOL

2024-2025

CALENDARIO ESCOLAR

JORNADAS DE FORMACIÓN DOCENTE EN SERVICIO

Lunes 26 de agosto – Miércoles 28 de agosto

PRIVIER DÍA DE CLASES

Jueves 29 de agosto de 2024

DÍA LABORAL

Lunes 2 de septiembre de 2024

Escuela cerrada

Casa abierta - medio día

Jueves 26 de septiembre de 2024

Despido a las 11:00 a.m.

Casa abierta 6:00 - 7:30 p.m.

DÍA DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Lunes 14 de octubre de 2024

Escuela cerrada

CELEBRACIÓN DEL DÍA DE LOS VETERANOS

Lunes 11 de noviembre de 2024

Escuela cerrada

ACCIÓN DE GRACIAS

Miércoles 27 de noviembre de 2024

a viernes 29 de noviembre de 2024

VACACIONES

Lunes 23 de diciembre de 2024

a miércoles 1 de enero de 2025

DÍA DE MARTIN LUTHER KING

Lunes 20 de enero de 2025

Escuela cerrada

DÍA DE FORIACIÓN DOCENTE

Lunes 10 de febrero de 2025

Escuela cerrada

VACACIONES DE INVIERNO

Lunes 17 de febrero de 2025

a viernes 21 de febrero de 2025

FORIACIÓN DOCENTE EN SERVICIO 1/2

DÍA Viernes 14 de marzo de 2025

Salida a las 11:00

VIERNES SANTO

Viernes 18 de abril de 2025

Escuela cerrada

VACACIONES DE PRIVIAVERA

Lunes 21 de abril de 2025 a

viernes 25 de abril de 2025

DÍA DE LOS CAÍDOS

Lunes 26 de mayo de 2025

Escuela cerrada

ÚLTIVO DÍA DE CLASES

Viernes 16 de junio de 2025

Salida a las 11:00

DIEZ DE JUNIO

Jueves 19 de junio de 2025

Escuela cerrada

Días de recuperación por mal tiempo

y otras emergencias del 17 al 24

de junio de 2025

Agosto

S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Octubre

S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Diciembre

S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Febrero

S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	

Abril

S	M	T	W	T	F	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Junio

S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Septiembre

S	M	T	W	T	F	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Noviembre

S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Enero

S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Marzo

S	M	T	W	T	F	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Puede

S	M	T	W	T	F	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

El calendario incluye 180 días escolares y 5 días adicionales por mal tiempo u otras circunstancias de emergencia.

La escuela cerrará después de haber estado en sesión 180 días escolares para alumnos.





ESCUELA VALLEY WEST 269 Moore Street,
Chicopee, MA 01013 (413) 592-6069

www.valleywestschool.com

GRUPO ASESOR DE PADRES 2024-2025

El Grupo Asesor de Padres asesorará a la escuela sobre asuntos relacionados con la educación, la salud y la seguridad de los estudiantes del programa. La Escuela Valley West facilitará la reunión y proporcionará el espacio necesario.

Todas las reuniones se llevarán a cabo en: Valley West School
269 Moore Street
Chicopee, MA 01013

Si planea asistir a una reunión, comuníquese con la escuela al 413-592-6069 o envíe un correo electrónico a LisaB@valleywestschool.com, para que podamos asegurarnos de que espacio adecuado para reuniones

Las reuniones se celebrarán en las siguientes fechas:

9 de octubre de 2024 a las 9:00 a. m.

8 de enero de 2025 a las 9:00 a. m.

19 de marzo de 2025 a las 9:00 a. m.

14 de mayo de 2025 a las 9:00 a. m.

Reunión de la escuela de verano:

9 de julio de 2025 a las 9:00 a. m.



Agosto de 2024

Estimados padres y tutores:

Le escribimos para recordarle la política de teléfonos celulares de Valley West School. Esta política entró en vigor en julio de 2022.

No se permite que los estudiantes lleven teléfonos celulares durante el día escolar.

Los estudiantes deben entregar su teléfono celular a un miembro del personal al llegar a la escuela, donde se guardará en un lugar seguro durante la jornada escolar. Al final de la jornada escolar, se les devuelve al estudiante. Si los estudiantes deciden dejar sus celulares en casa, se les podría pedir a los padres que lo confirmen al personal escolar. Agradecemos enormemente su continuo apoyo a esta política en la Escuela Valley West. Ha sido un gran éxito hasta la fecha y ha resultado en un aumento de la participación y el compromiso estudiantil en actividades académicas y sociales.

Si necesita comunicarse con su hijo mientras está en la escuela por cualquier motivo, no dude en llamar a la escuela directamente al 413-592-6069 y le transmitiremos cualquier mensaje que pueda tener o le brindaremos la oportunidad de hablar con ellos.

Si tiene preguntas específicas sobre esta política, comuníquese directamente con el coordinador del programa de su hijo/a. (Preparatoria: John Rahilly, Escuela Secundaria: Kevin Foley, Primaria: Brian Garon) Gracias por su continuo apoyo en este asunto.

Atentamente,

Administración de la escuela Valley West

Escuela Valley West

269 Moore St.

Chicopee, MA 01013

ACUERDO DE ADMISIÓN

He leído, comprendido y acepto todas las políticas y procedimientos contenidos en el Manual para padres y estudiantes de la escuela Valley West (incluye: Apoyo conductual Políticas y procedimientos, procedimientos de restricción física y el acoso escolar Plan de Intervención y Prevención) en lo que respecta a mi hijo

_____.

Entiendo y acepto que mi hijo es responsable de seguir las reglas, reglamentos y políticas de la Escuela Valley West.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

.....

Entiendo y acepto la política de novatadas y la política disciplinaria de novatadas. Aprobado por la Junta Directiva de la Escuela Valley West, incluido en este manual. (Las leyes vigentes de Massachusetts contra las novatadas se describen en el manual).

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

El Manual para padres y estudiantes se encuentra en nuestro sitio web www.valleywestschool.com en la pestaña de padres.

Escuela Valley West

269 Moore Street, Chicopee, MA 01013 www.valleywestschool.com
teléfono 413.592.6069 fax 413.598.8430

FORMULARIO DE EMERGENCIA 2024-2025

Por favor, complete la siguiente información y devuélvala a la escuela antes del primer día del año escolar.
Esta información es importante en caso de enfermedad o emergencia durante el horario escolar o en caso de salida de emergencia del colegio.
NINGÚN ESTUDIANTE PODRÁ INGRESAR A LA ESCUELA SIN UN FORMULARIO DE EMERGENCIA FIRMADO.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primero Medio Para que no Calificación: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Padre/Tutor 1: _____ Relación: _____

Hogar #: _____ Celúla #: _____ Trabajar #: _____

(Tenga en cuenta: se contactará al padre/tutor 1 con respecto a las ausencias de los estudiantes)

Padre/Tutor 2: _____ Relación: _____

Hogar #: _____ Celúla #: _____ Trabajar #: _____

Custodia: _____ Arreglo de vivienda: _____

Correo electrónico del padre/tutor 1: _____ Correo electrónico del padre/tutor 2: _____

Médico del estudiante: _____ Teléfono#: _____ Fecha de la última visita: _____

Dentista del estudiante: _____ Teléfono#: _____ Fecha de la última visita: _____

Terapeuta del estudiante: _____ Teléfono#: _____ Fecha de la última visita: _____

Psiquiatra del estudiante: _____ Teléfono#: _____ Fecha de la última visita: _____

Enumere todos los medicamentos que toma su hijo. ¡Notifique a la oficina de salud sobre cualquier cambio en su medicación!

Marque con un círculo las siguientes afecciones que afectan a su hijo: Enfermedad cardíaca Diabetes Asma Trastorno convulsivo ADD / ADHD Migrañas Depresión Alergias Otros _____

Alergias: Sí o No ¿ A qué? (Alimentos, insectos, medicamentos, medio ambiente) Especifique _____

Procedimiento _____ Epi-pen: _____ Inhalador: _____

Acepto que mi hijo/a sea trasladado/a al hospital, sala de emergencias o centro de crisis más cercano para su evaluación y tratamiento, en caso de una emergencia médica o psiquiátrica que no pueda atenderse en el entorno escolar. Autorizo el intercambio de información con cualquiera de los proveedores de servicios de mi hijo/a para fines de derivación, diagnóstico y tratamiento. Autorizo a la Escuela Valley West a solicitar una copia del historial médico y de vacunación de mi hijo/a a la escuela de origen o al consultorio médico. Autorizo a la enfermera escolar a compartir esta información con el personal escolar correspondiente.

Firma del padre/tutor _____

Fecha: _____

ENCIMA

2024-2025

Autorización de los padres/tutores para medicamentos de venta libre

Cuando los estudiantes sufren una lesión leve o un problema de salud durante el horario escolar, pueden beneficiarse de medicamentos de venta libre. El médico escolar de Valley West ha aprobado la administración de los medicamentos que se enumeran a continuación, siempre que una enfermera haya evaluado el estado del estudiante, su perfil de medicación actual, sus alergias y la necesidad de medicación. Por favor, complete y devuelva este formulario de permiso a la Enfermería, tachando cualquier medicamento o preparación tópica cuyo uso no autorice. Por favor, informe a la Enfermería de inmediato sobre cualquier cambio en los medicamentos, alergias o problemas de salud. No se administrarán medicamentos a menos que el consentimiento firmado por el padre/tutor esté archivado en la escuela. El permiso telefónico no sustituye a un consentimiento firmado y fechado.

Nombre del estudiante (por favor, escriba en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____

¿Alergias a alimentos, medicamentos, picaduras de insectos, látex u otros? _____

¿Alguna vez le han recetado a su hijo un Epi-Pen para una alergia? _____ Enumere todos los medicamentos que toma su hijo, incluidos los que toma fuera del horario escolar: _____

Marque con un círculo cualquiera de los siguientes que afecten a su hijo: Enfermedad cardíaca Diabetes Asma Trastorno convulsivo ADD ADHD Migraña Depresiones Otro: _____

Acetaminofén 325 mg - Mayores de 12 años: Dos comprimidos cada 4-6 horas, NTE: 12 comprimidos/24 horas. Menores de 12 años: Usar el producto con la dosis recomendada para niños. Seguir las instrucciones del envase. Instrucciones para ae y wei ht.

Ibuprofeno 200 mg - Mayores de 12 años - Una o dos tabletas Cada 4-6 horas. NTE 6 comprimidos/24 horas. Menores de 12 años: Usar Producto de alta potencia para niños. Siga las instrucciones para ae/peso.

Difenhidramina 25 mg – para reacción alérgica localizada. Más de 12 mazorcas: 1 o 2 tabletas. Para -12 mazorcas al año: una tableta.

Crema de difenhidramina - para la picazón localizada

Peróxido de hidrógeno - cuidado superficial de la piel/heridas

Alcohol isopropílico 70% - cuidado superficial de la piel/heridas

Ungüento antibiótico triple - (bacitracina zinc, mezcla de neomicina, sulfato, de polimixina B) Signos de infección superficial de la herida

Antiácido líquido (hidróxido de aluminio 400 mg/simeticona 40 mg, hidróxido de magnesio 400 mg por 5 ml): mayores de 12 años: 10 a 20 ml entre comidas. NTE 120 ml/24 h. Menores de 12 años: solo según prescripción médica.

Comprimidos antiácidos (carbonato de calcio 1000 mg/comprimido). Más de 12 Edades: Masticar 2-3 comprimidos si aparecen síntomas de acidez estomacal. NTE 7 comprimidos/24 horas. Menores de 12 años: solo según indicaciones. b MD del niño.

Pastillas para la tos: mentol/eucalipto (una gota por hora) o mentol/benzocaína (una gota cada dos horas)

Bálsamo labial - para labios agrietados

Loción de calamina: para picaduras de insectos y erupciones leves y

localizadas. Oral-jel (anestésico oral IC 10% benzocaína): para el dolor de

dientes y encías. Protector solar: según lo solicite el estudiante antes de salir.

Repelente de insectos según lo solicite el estudiante

Desinfectante de manos a base de alcohol (al menos 60 % de alcohol etílico) para la limpieza de manos, como alternativa cuando no se dispone de agua y jabón. Aplique suficiente producto en la palma de la mano para cubrir bien las manos. Frótese las manos con fuerza hasta que se sequen. Se debe supervisar a los niños menores de 6 años durante el uso y la aplicación de desinfectante de manos.

Tratamiento de emergencia por

envenenamiento: tratamiento según las indicaciones del Centro de Control de

Envenenamiento 1-800-222-1222 Reacción alérgica: clorhidrato de

difenhidramina 25-50 mg *Reacción anafiláctica: Epi-Pen Jr O 15 mg para niños de menos de 60 lb. Epi-Pen 0,3 mg para niños/adultos de más de 60 lb.

*Sobredosis de opioides: dosis inicial de naloxona intranasal de 2 mg (1 mg/1 ml) para personas de 44 libras o 5 años de edad.

*Cuando se administra Epi-Pen o Naloxona, se debe llamar al 911 para transportar al paciente en ambulancia a la sala de emergencias.

Autorizo a la enfermera escolar, o a su persona designada, a administrar los medicamentos aprobados por el médico escolar. He tachado cualquier producto que no deseo que mi hijo/a reciba. Autorizo el traslado de mi hijo/a en ambulancia a la sala de urgencias más cercana en caso de una emergencia médica que no pueda atenderse en el entorno escolar.

Médica escolar Dra.
Kristen Deschene

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Parentesco con el estudiante: _____

Firma del estudiante (si tiene 18 años): _____



VALLEY WEST SCHOOL

269 Moore Street,
Chicopee, MA 01013
(413) 592-6069
www.valleywestschool.com

Permiso para recoger

Para seguir los protocolos de seguridad adecuados, proporcione los nombres de cualquier persona autorizada a recoger al siguiente estudiante al final del día o en una situación de emergencia:

Nombre del estudiante: _____

Padre/Tutor: _____

PERSONAS PERMITIDAS A RECOGER AL ESTUDIANTE: Proporcione los nombres y la información de contacto de cualquier persona autorizada a recoger al estudiante mencionado anteriormente.

(Tenga en cuenta: se requerirá identificación al momento de recoger el producto).

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN:

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____



VALLEY WEST SCHOOL

269 Moore Street, Chicopee, MA 01013

(413) 592-6069

www.valleywestschool.com

Formulario de revisión de información

Yo, por la presente, doy permiso a las siguientes agencias y/o proveedores para comunicarse, proporcionar o recibir toda la información sobre mi hijo _____ según lo solicite o proporcionada por Valley West School:

(NAME and DATE OF BIRTH)

I AGENCIA / PROVEEDOR / OTRO

NÚMERO DE TELÉFONO

Firma de los padres/guardianes

Fecha

Excepto por las disposiciones en la Sección 7.3, ninguna información en el registro de un estudiante se difundirá a un tercero sin el consentimiento informado específico por escrito del estudiante elegible y su padre, o cualquiera de los dos, según corresponda, según las reglas en la Sección 1 de estas regulaciones. Al otorgar consentimiento, el estudiante elegible y su padre, o cualquiera de los dos, según corresponda, tendrá derecho a designar qué partes del registro del estudiante se difundirán a cualquier tercero.



VALLEY WEST SCHOOL

269 Moore Street, Chicopee, MA 01013

(413) 592-6069

www.valleywestschool.com

Estimado padre/tutor,

Valley West School utiliza un sistema de llamadas automatizado para informar a los padres y tutores de importantes información y actualizaciones escolares, incluidas demoras y cancelaciones.

Proporcione el número primario que desea que utilice nuestro sistema automatizado.

Nombre del estudiante: _____

Padre/Guardian: (por favor imprima) _____

Teléfono primario: _____

Número adicional para notificaciones: _____

Nombre: _____

Teléfono secundario:



VALLEY WEST SCHOOL

269 Moore Street, Chicopee, MA 01013

(413) 592-6069

www.valleywestschool.com

Permiso fotográfico

_____ Por la presente, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado mientras esté en la Escuela Valley West. Entiendo que estas imágenes se pueden mostrar en el sitio web de nuestra escuela e incluidas en el anuario de la Escuela Valley West.

_____ Por la presente, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado mientras está en la Escuela Valley West para los fines del anuario solamente.

_____ No doy permiso para que mi hijo sea fotografiado mientras esté en la Escuela Valley West.

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Firma de los padres / guardianes: _____