



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y RE-INSCRIPCIÓN

DEPARTAMENTO DE PREESCOLAR

GRUPO AL QUE INGRESA: ESTIMULACIÓN TEMPRANA, MATERNAL, 1º KÍNDER, 2º KÍNDER, 3º KÍNDER

☼ **NOMBRE DEL NIÑO(A):** _____

☼ ¿CÓMO LE GUSTA QUE LO LLAMEN? _____

☼ EDAD: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

☼ DOMICILIO PARTICULAR: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

¿DÓNDE TRABAJA? _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES: _____

EN CASO DE ESTAR DIVORCIADOS (PRESENTAR EL DOCUMENTO LEGAL), ¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA DEL NIÑO(A)?

DATOS DE OTRAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO(A).

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL NIÑO(A): _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN O PARENTESCO CON EL NIÑO(A): _____

*BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA EL NIÑO(A) SERÁ ENTREGADO A OTRA PERSONA QUE NO SE HA MENCIONADO ARRIBA, SIN LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LOS PADRES.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE EMERGENCIA:

¿A QUIÉN DEBEMOS AVISAR EN EL CASO DE QUE NO SE LOCALICE A LOS PADRES DEL NIÑO(A)?

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA, ESTO ES LO QUE QUIERO QUE HAGAN:

NOMBRE DEL MÉDICO DEL NIÑO(A): _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

EL NIÑO(A) ES ALÉRGICO(A) A:

1. MEDICAMENTO: _____
2. ALIMENTO: _____
3. PIQUETE DE INSECTO: _____
4. OTRO: _____

¿HA SIDO OPERADO?: ESPECIFIQUE DE QUÉ Y LA FECHA DE LA OPERACIÓN:

¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O RECURRENTE?:

¿CONOCE SU TIPO DE SANGRE? ¿CUÁL ES?: _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE LENGUAJE?:

HISTORIA ESCOLAR:

¿HA ASISTIDO ANTERIORMENTE A ALGUNA ESCUELA O GUARDERÍA, ¿A CUÁL? ¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO? ¿CÓMO ERA SU RENDIMIENTO ACADÉMICO? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

HISTORIA PERSONAL DEL NIÑO(A):

¿CUÁLES SON LOS NOMBRES Y EDADES DE SUS HERMANOS(AS)?

¿CUÁLES SON SUS PASATIEMPOS FAVORITOS?:

¿TIENE ALGÚN HÁBITO COMO CHUPARSE EL DEDO O MORDERSE LAS UÑAS?:

¿TIENE TEMOR A ALGO (PERROS, TRUENOS, ETC.)?

¿TIENE PESADILLAS FRECUENTEMENTE?

¿SU HIJO(A) PUEDE COMER Y BEBER POR SÍ SOLO?: _____

¿YA SABE IR AL BAÑO? ¿AVISA? ¿NECESITA AYUDA?

¿EXISTE ALGUNA OTRA COSA IMPORTANTE QUE CREA QUE DEBAMOS SABER?:

DISCIPLINA:

¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS DE DISCIPLINA QUE UTILIZA CON SU HIJO(A)?: **POR FAVOR SEA HONESTO.**

¿TIENE USTED ALGÚN PROBLEMA DE DISCIPLINA CON SU HIJO(A) EN CASA? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

EN CASO DE HABER ASISTIDO A OTRA ESCUELA, ¿PRESENTÓ ALGUNA VEZ SU HIJO(A) ALGÚN PROBLEMA DE DISCIPLINA? ¿ALGUNA VEZ LO MANDARON LLAMAR DEL COLEGIO O LE ENVIARON ALGÚN REPORTE? ¿QUÉ FUE LO QUE SU HIJO(A) HIZO? **POR FAVOR SEA HONESTO.**

POR FAVOR DESCRIBA EL CARÁCTER Y TEMPERAMENTO DE SU HIJO(A). **POR FAVOR SEA HONESTO.**

¿SU HIJO(A) PRESENTA RABIETAS OCASIONALES, BERRINCHES O VOMITA CUANDO LAS COSAS NO SALEN COMO ÉL/ELLA QUISIERA? EN CASO AFIRMATIVO, DESCRIBA SU CONDUCTA. **POR FAVOR SEA HONESTO.**

EN CASO DE QUE DETECTEMOS QUE SU HIJO(A) PRESENTA ALGÚN PROBLEMA DE: VISTA, MOTRIZ, DE LENGUAJE, DE APRENDIZAJE, EMOCIONAL O DE CONDUCTA, ¿DESEA QUE SE LO COMUNIQUEMOS PARA QUE USTED PUEDA BRINDARLE EL TRATAMIENTO NECESARIO DE MANERA OPORTUNA?

SI _____ NO _____

¿POR QUÉ?

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____

FECHA: _____