



Re-inscripción al ciclo escolar 2019-2020
PRIMARIA



Nombre de quien llena el presente documento: _____

Parentesco: _____ Fecha: _____

DATOS PERSONALES.

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado a cursar: _____

Escuela de procedencia: _____

Nombre de la madre o tutora: _____

Domicilio: _____

Profesión: _____ Celular: _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Horario de trabajo: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Domicilio: _____

Profesión: _____ Celular: _____

Ocupación: _____ Empresa: _____

Horario de trabajo: _____ Teléfono: _____

FAMILIARES AUTORIZADOS PARA RECOGER O AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

FAMILIA.

Nombre de hermanos de mayor a menor:

Edad:

Personas que viven en casa: _____

Familiar con el que más se relaciona: _____

Actividades que realiza habitualmente con:

Papá _____

Mamá _____

Hermanos _____

Otros familiares _____

Religión que practican: _____

EMBARAZO Y PARTO.

El embarazo transcurrió: normal () con complicaciones ()

¿Cuáles? _____

El parto fue: normal () con complicaciones ()

¿Cuáles? _____

Otras observaciones: _____

ESTADO DE SALUD GENERAL.

Presenta alteraciones:

Auditivas ()

Digestivas ()

Respiratorias ()

Visuales ()

Alérgicas ()

De lenguaje ()

Cerebrales ()

Motrices ()

Otras ()

Observaciones: _____

Si algún familiar ha presentado la misma alteración que el niño(a), especifique:

Familiar: _____

Alteración: _____

¿Qué enfermedades graves ha padecido?

Enfermedad: _____

Edad: _____

¿Cuenta con vacunas?

Sí ()

No ()

¿Le falta alguna? _____

¿Es alérgico a algún medicamento? () No () Sí _____

Otras observaciones: _____

ALIMENTACIÓN.

Normalmente come en...

() En casa () En la escuela () En casa de algún familiar () Otro

¿Suele tener buen apetito?

() Sí () No () Depende _____

¿Cuántas comidas realiza al día?

() 5 () 4 () 3 () 2

¿Considera que su alimentación es saludable?

() Sí () No () A veces

¿Es alérgico a algún alimento? () No () Sí _____

Otras observaciones: _____

SUEÑO.

¿Cuántas horas duerme al día? _____

¿A qué hora acostumbra dormirse? _____

¿A qué hora acostumbra levantarse? _____

¿Duerme siesta? Sí () No () A veces ()

¿Tiene problemas antes, durante o después de dormir? Sí () No ()

¿Cuáles? _____

Actualmente, ¿con quién duerme?

Con el padre y/o la madre () Con los hermanos () Solo () Otro ()

Otras observaciones: _____

HÁBITOS DE HIGIENE.

¿Con qué frecuencia se baña? _____

¿Se lava las manos después de ir al baño? Generalmente () A veces ()

¿Se lava las manos antes de comer? Generalmente () A veces ()

¿Sabe cepillarse los dientes solo? Sí () No ()

¿Con qué frecuencia lo hace? _____

¿Requiere algún tipo de ayuda para vestirse? Sí () No ()

¿Cuál? _____

DESARROLLO EVOLUTIVO.

¿A qué edad logró el control de esfínteres? _____

¿Cuándo se sentó sin ayuda? _____

¿A qué edad gateó? _____

¿A qué edad se levantó y se sostuvo de pie? _____

¿A qué edad empezó a caminar? _____

¿Ha tenido algún problema para caminar? Sí () No ()

¿Cuál? _____

¿Cuándo comenzó a balbucear? _____
¿Cuándo comenzó a decir palabras? _____
¿Ha tenido algún problema para hablar? Sí () No ()
¿Cuál? _____
Otras observaciones: _____

CRIANZA.

¿Hay rutinas y horarios establecidos en casa? Sí () No ()
¿Cuáles? _____

¿Colabora en tareas domésticas? Sí () No ()
¿Cuáles? _____
¿Qué hace durante las tardes? _____

¿Qué suelen hacer cuando su hijo manifiesta una conducta inadecuada?
Hablar con él () Ignorarlo () Castigarlo () Pegarle ()
Advertirle () Motivarlo () Distraerlo () Nada ()
Otras observaciones: _____

RELACIÓN AFECTIVO SOCIAL.

¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa?
Enojo () Tristeza () Alegría () Indiferencia ()
¿Llora? Sí () No () ¿Por qué? _____
¿Miente? Sí () No () ¿En qué casos? _____
¿A qué juega preferentemente? _____

¿Con quién juega? _____

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? _____

¿Cuántas horas al día ve T.V. o utiliza videojuegos/tablet? _____

¿Cuáles son sus programas o videojuegos favoritos? _____

¿Cómo se relaciona con desconocidos? _____

¿Cómo se relaciona con niños de su edad? _____

Alguna situación provoca tensión en la relación:

Papá e hijo _____

Mamá e hijo _____

Hermanos _____

Otros familiares _____

Otras observaciones: _____

ESCOLARIZACIÓN Y APOYOS.

¿Por qué motivo desean que su hijo(a) continúe en el Colegio? _____

A su hijo, ¿le gusta asistir a la escuela? Sí () No ()

¿Hace tarea en casa? Sí () No ()

¿Recibe ayuda para realizar la tarea? Sí () No ()

¿Alguna vez ha requerido regularización académica? Sí () No ()

¿En qué materia? _____

¿Alguna vez ha acudido a proceso terapéutico? Sí () No ()

¿Por qué motivo? _____

¿Realiza alguna actividad extraescolar? Sí () No ()

¿Cuál y en qué horarios? _____

Otras observaciones: _____

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

