



Re-inscripción al ciclo escolar 2019-2020  
**SECUNDARIA**



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: \_\_\_\_\_

**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 alumno(a), especifique:

Familiar:

Alteración:

---

---

---

¿Qué enfermedades graves ha padecido?

Enfermedad:

Edad:

---

---

---

¿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: \_\_\_\_\_

---

## **CRIANZA.**

¿Hay reglas y horarios establecidos en casa? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

---

¿Colabora en tareas domésticas? Sí ( ) No ( )

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas al día ve T.V., utiliza videojuegos, tablet o celular? \_\_\_\_\_

¿Tiene celular propio? Sí ( ) No ( )

¿Tiene libre acceso a redes sociales? Sí ( ) No ( )

¿Qué hace durante las tardes? \_\_\_\_\_

---

¿Cómo se interviene con él cuando manifiesta una conducta inadecuada?

Hablar con él ( ) Ignorarlo ( ) Castigarlo ( ) Pegarle ( )

Advertirle ( ) Motivarlo ( ) Aconsejarle ( ) Nada ( )

Otras observaciones: \_\_\_\_\_

---

## **RELACIÓN AFECTIVO SOCIAL.**

¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa?

Enojo ( ) Tristeza ( ) Alegría ( ) Indiferencia ( )

¿Cuáles son sus pasatiempos favoritos? \_\_\_\_\_

---

¿En qué grupos sociales se desenvuelve? \_\_\_\_\_

---

¿Cómo se relaciona con personas 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 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**