



Re-inscripción al ciclo escolar 2019-2020
PREESCOLAR



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.

¿Fue alimentado con leche materna? Sí () No ()

¿Por cuánto tiempo? _____

¿A qué edad pasó de la alimentación líquida a la sólida? _____

¿Tuvo problemas de succión? Sí () No ()

¿Al tragar? Sí () No ()

¿De masticación? Sí () No ()

¿Muestra actualmente problemas al comer? Sí () No ()

¿Cuáles? _____

¿Cuáles son los alimentos preferidos? _____

¿Qué alimentos rechaza por completo? _____

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

Otras observaciones: _____

SUEÑO.

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

¿Cuáles? _____

De bebé ¿con quién dormía?

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

¿Hasta qué edad? _____ ¿Actualmente con quién duerme? _____

¿Se despierta con pesadillas? Sí () No ()

¿Con qué frecuencia? _____

¿Suele dormir siesta? Sí () No ()

¿Tiene miedos? Sí () No ()

¿A qué? _____

Otras observaciones: _____

HÁBITOS DE HIGIENE.

¿Sabe bañarse solo? Sí () No ()

¿Con qué frecuencia se baña? _____

¿Sabe lavarse las manos solo? Sí () No ()

¿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? _____

DESARROLLO EVOLUTIVO.

Controla esfínteres: De día () De noche ()

¿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? _____

¿Come solo? Sí () No () ¿Desde cuándo? _____

¿Se viste solo? Sí () No () ¿Desde cuándo? _____

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? _____

Alguna situación provoca tensión en la relación:

Papá e hijo _____

Mamá e hijo _____

Hermanos _____

Otros familiares _____

Otras observaciones: _____

EXPECTATIVAS Y PARTICIPACIÓN EN EL COLEGIO.

¿Qué espera que su hijo aprenda en la escuela el próximo ciclo escolar?

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

