



**FICHA DE PREINSCRIPCION**

Los datos que figuran en esta ficha deben ser entregados en la Secretaría del Nivel antes de abonar la matrícula.

AÑO Y NIVEL EN QUE DESEA INGRESAR

MATERNAL

JARDIN DE INFANTES

**DATOS PERSONALES DEL INGRESANTE:**

APELLIDO:.....
NOMBRES:.....
LUGAR DE NACIMIENTO: ..... FECHA DE NACIMIENTO:.....
DOMICILIO: ..... TELÉFONO:.....

**DATOS FAMILIARES:**

**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:**

.....
.....

**PADRE**

APELLIDO Y NOMBRE:.....
NACIONALIDAD:..... EDAD:.....
VIVE?: SI/NO AÑO DE FALLECIMIENTO:.....
ESTUDIOS REALIZADOS:.....
OCUPACIÓN ACTUAL:.....
ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS:.....
¿ES EXALUMNO? SI/NO PROMOCIÓN:.....

**MADRE:**

APELLIDO Y NOMBRE:.....
NACIONALIDAD:..... EDAD:.....
¿VIVE? SI/NO AÑO DE FALLECIMIENTO:.....
ESTUDIOS REALIZADOS:.....
OCUPACIÓN ACTUAL:.....
ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS:.....
¿ES EXALUMNA? SI/NO PROMOCIÓN:.....

\*ESTOS DATOS SON CONFIDENCIALES Y SE SOLICITAN AL SOLO HECHO DEL MAYOR CONOCIMIENTO DE CADA ALUMNO.

**HERMANOS:**

Escriba de mayor a menor los nombres de todos los hermanos, incluido el que desea inscribir, recuadrándolo, sus edades, ocupaciones y si alguno ha tenido o tiene alguna enfermedad significativa

Table with 4 columns: NOMBRE, EDAD, OCUPACION, ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS. Includes dotted lines for data entry.

**CONVIVENCIA:**

¿CON QUIÉN VIVE EL INGRESANTE?.....
DE NO CONVIVIR CON AMBOS PROGENITORES ¿SE VISITA CON EL OTRO? SI/NO FRECUENCIA.....
¿CUÁNTAS HORAS COMPARTE CON EL PADRE POR DÍA?.....
¿CUÁNTAS HORAS COMPARTE CON LA MADRE POR DÍA?.....
¿QUEDA ALGUIEN A SU CUIDADO CUANDO LOS PADRES ESTÁN AUSENTES?(NOMBRE, PARENTESCO Y EDAD)
.....
SI TIENE HIJOS DE OTRO MATRIMONIO, INDICAR NOMBRES, EDADES Y/O SI CONVIVEN CON LA FAMILIA O SE VISITAN.

**SALUD**

NACIMIENTO:
PARTO NORMAL..... CESÁREA.....
TUVO ALGÚN INCONVENIENTE -LUMINOTERAPIA -OXÍGENO -INTERNACIÓN ESPECIAL.....

ENFERMEDADES SUFRIDAS.....

OPERACIONES:.....

ACCIDENTES O GOLPES IMPORTANTES:.....  
¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA DIFICULTAD EN:

BRONCO ESPASMOS	DIABETES	CELIAQUIA	PRESIÓN ALTA O BAJA
ALERGIA	TRASTORNOS NUTRICIONALES		PROBLEMAS VISUALES
CONVULSIONES	PROBLEMAS AUDITIVOS		PROBLEMAS CARDÍACOS
AFECCIONES HEPÁTICAS	AFECCIONES RENALES		DOLORES DE CABEZA
TRAST. NEUROLOGICOS	TRAST. DEL LENGUAJE		TRAST. TRAUMATOLOGICOS

RECIBE ALGUNA MEDICACION.....

¿ESTUVO O ESTÁ EN TRATAMIENTO ¿(Indique a qué edad y durante cuánto tiempo aproximadamente):

FONOAUDIOLÓGICO	NEUROLÓGICO	ESTIMULACIÓN TEMPRANA
PSICOLOGICO	TERAPIA OCUPACIONAL	PSICOMOTRICIDAD

**HISTORIA**

ASISTIÓ PREVIAMENTE A OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA (Jardín Maternal o Jardín de Infantes) SI/NO

¿CUÁL?.....

MOTIVO DEL CAMBIO.....

¿POR QUÉ ELIGIÓ ESTA ESCUELA PARA SU HIJO/HIJA?.....

¿CÓMO DESCRIBIRÍA A SU HIJO/A EN GENERAL?.....  
.....

¿CÓMO LO DESCRIBIRÍA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA RELACIÓN CON LOS ADULTOS, CON OTROS NIÑOS Y EN SU NÚCLEO FAMILIAR ?.....  
.....

OBSERVACIONES (INDIQUE TODOS LOS DATOS QUE CONSIDERE IMPORTANTE INFORMAR).  
.....  
.....  
.....

**SE DEBERÁ ADJUNTAR A LA PRESENTE FICHA:**

\*AQUELLOS INFORMES O EVALUACIONES ESCOLARES DEL NIÑO A LA FECHA.

\*DE ESTAR EN TRATAMINETO CON ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD, ADJUNTAR INFORME Y/O ALTA DE DICHO TRATAMIENTO.

**LA PRESENTE SE REALIZA BAJO LA FORMA DE DECLARACIÓN JURADA CON RELACIÓN A LOS DATOS CONSIGNADOS ARRIBA, POR ENDE, LOS MISMOS DEBERÁN SER EXPLÍCITOS Y FIDEDIGNOS PARA CONTAR CON LA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DEL ALUMNO.**

.....  
FIRMA MADRE      ACLARACIÓN

.....  
FIRMA PADRE      ACLARACION