

Solicitud de Inscripción Kínder & Maternal



Datos del alumno:

Grado a ingresar _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Sexo (M o F) _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Nacionalidad _____ Teléfono de casa _____ Tel. de emergencia _____

Dirección _____

Alergias _____ Tipo de sangre _____

Nombre y teléfono del pediatra _____

Datos de la Mamá:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Nacionalidad _____ Empresa donde trabaja _____ Teléfono _____

Tel. Celular _____ E-mail _____

Datos del Papá:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Nacionalidad _____ Empresa donde trabaja _____ Teléfono _____

Tel. Celular _____ E-mail _____

Estado de los padres:

Casados divorciados unión libre madre o padre soltero vuelto a casar viudo(a)

Datos de las personas autorizadas a recoger al alumno

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____



Rutina Diaria:

Horario de sueño en el día	Horario de sueño por la noche
Horarios de comidas	Intolerancia e indicaciones
Tipo de leche	
Indicaciones en el cambio de pañal	

Características Emocionales:

	Casi siempre	A veces	Nunca		Casi siempre	A veces	Nunca
Compartido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrovertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perseverante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Líder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vulnerable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sincero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autosuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Habilidades en la Conducta:

	Casi siempre	A veces	Nunca
Se sabe lavar las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prefiere jugar solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede ir al baño solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sabe lavar los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisa sus necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata de resolver solo sus necesidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Actividades que realiza con frecuencia en un día normal:

Actividades que más le agradan _____

Actividades que más le desagradan _____

Adaptación y disciplina en el hogar:

Describe brevemente la relación con cada miembro de la familia;

Papá _____

Mamá _____

Hermanos _____

Indicar el número de hijo que es (primogénito, el segundo, etc.) _____

Otros _____

Cuanto tiempo ve la TV al día _____

Tiene T.V. en su cuarto _____

Quien se encarga de disciplinar al niño(a): Papá Mamá Ambos Otros

Actividades rutinarias _____

Actividades de fin de semana _____

Algún evento desafortunado durante el desarrollo del niño(a): _____

Alguna información extra que debamos saber _____

Firma y nombre del Papá

Firma y nombre de la Mamá

