



# ¡Bienvenidos a Lúdere College Nivel Inicial!

SALA DE 1, 2 Y 3 AÑOS



## ¿Hacemos un chequeo emocional antes de inscribirnos?

### UN PAPELITO Y SEIS EMOCIONES

En este momento **SIENTO** la emoción: .....  
**PIENSO** que se debe a..... y la gestiono **HACIENDO** con este papelito lo que indique su emoción base:

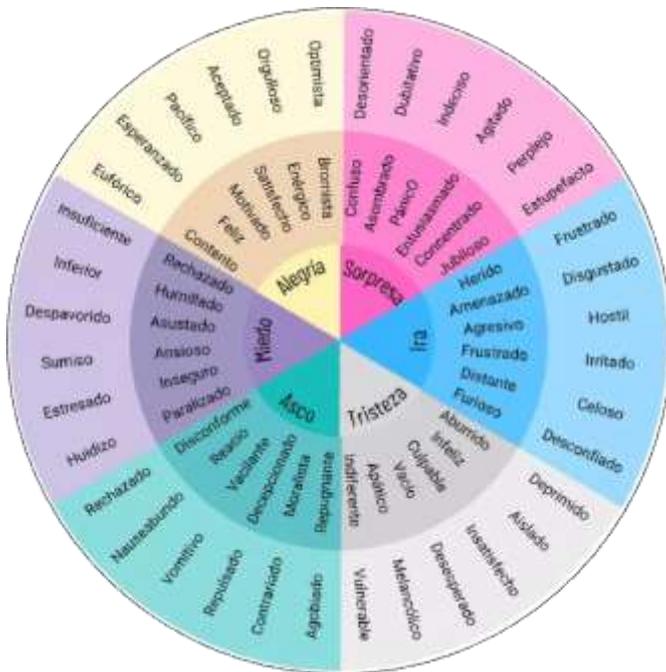
**FELICIDAD y TRISTEZA:** Lo coloreo lo más que puedo y se lo regalo a alguien para hablar del porqué de los colores que elegí.

**SORPRESA:** Lo uso de tapa ojos y cierro los ojos. Respiro y cuento hasta 10 mientras me preparo para lo que viene y acepto que todo es perfecto.

**ASCO:** Doblo el papelito y lo dejo en la esquina más alejada de casa.

**IRA:** Lo rompo en pedacitos y me deshago de él con amabilidad. Esta emoción no me controla.

**MIEDO:** Le doy forma de punta de flecha y luego la doblo. La flecha, el miedo, es de papel y no puede hacerme daño.



Las emociones básicas son las centrales en el círculo:  
 Miedo – Alegría – Tristeza – Ira – Asco – Sorpresa.



Si necesitas conversar más sobre lo que estas sintiendo, dale este papelito a la Seño/ Profe para visitar la sala **BRAHMAN**.





**Ficha de Inscripción - Entrevista Inicial**

Sala: .....

Turno: .....

**Datos de identificación**

Nombre y Apellido del niño/a : .....

¿Cómo lo/a llaman en casa?: .....

Lugar y Fecha de Nacimiento: .....

Número de Documento: .....

Estado Civil de los/as Padres/madres: .....

En caso de divorcio, ¿Quién tiene la tenencia del niño/a?

.....

¿Existe una orden judicial al respecto? .....

**Datos Familiares:**

Nombre completo de la madre: .....

DNI: .....

E-mail: .....

Celular: .....

Profesión/ocupación: .....

Nombre completo del padre: .....

DNI: .....

E-mail: .....

Celular: .....

Profesión/ocupación: .....

Hermanos/as: (nombres y edades) .....

.....

¿Con quién debe comunicarse el personal del jardín en horario escolar? (nombre, parentesco y teléfono)

.....

Tutor o responsable del niño/a en la Institución: .....





**Responsable de facturación**

¿A nombre de quién se realizan las facturas? .....

Nombre y apellido:.....

D.N.I.:.....

Cuil/cuit:.....

Condición IVA (monotributista, exento, consumidor final, etc):.....

E -Mail:.....

**Otros teléfonos importantes?:**.....

**Vivienda**

Domicilio: .....

Teléfono fijo: .....

¿Quiénes viven en casa?: (especificar parentesco)

.....

¿Tipo de vivienda?: casa  departamento  compartido  otro

¿Pasa algún tiempo solo? Sí  No  ¿cuándo?: .....

¿Con quién queda el niño/a? padre/madre  empleada  niñera  hermanos/as

Abuelos  otro

En casa, ¿quiénes trabajan? Mamá  papá  hermanos  otro fliar.  Desocupados

**Relaciones familiares**

Relación del niño/a con la mamá:.....

Relación del niño/a con el papá:.....

Relación del niño/a con el/los hermanos:.....

Relación del niño/a con otros familiares y/o amigos:.....

¿Quién pone las normas/límites en el hogar?.....

¿A quién obedece?.....

¿Quién es más permisivo/a?.....

¿Qué tipo de sanciones se aplican? ¿Cómo marcan el límite?.....





¿Cómo reacciona su hijo/a ante la puesta de límites? Grita  llora  Contesta  patalea   
se encapricha  se retrae

¿Tiene celos? ¿De quién?.....

¿A cargo de quién está fuera del horario escolar?.....

**Relación con la institución:**

¿es la primera vez que el niño/a asiste al jardín? Si  No

¿cómo describiría su experiencia anterior?:.....

**Nacimiento**

¿Cómo fue el embarazo? :.....

¿Tuvo alguna dificultad al nacer?:.....

Otros comentarios:.....

**Salud**

¿Cómo es su salud actual?.....

¿Es alérgico? ..... ¿A qué?.....

¿Tiene alguna dificultad motora? ..... ¿Cuál?..... ¿le realizaron exámenes/  
tiene diagnóstico?.....

¿Sufrió algún accidente, enfermedad ó convulsiones?  
.....

Enfermedades que padeció:

Varicela  Papera  Hepatitis  Rubéola  Bronquitis  Asma

Resfríos frecuentes  Ninguna  otra/s  ¿cuál/es?.....

¿está medicado?..... ¿con qué medicación?.....

¿tiene alguna dificultad cardiológica?.....

¿Ve bien? ..... ¿utiliza anteojos? .....

¿Oye bien?..... ¿utiliza audífonos?.....

Obra Social.....

Pediatra que lo atiende..... teléfono.....

Grupo/factor sanguíneo.....

¿Tiene necesidades cognitivas especiales? ..... ¿cuál/es?.....

Recibe asistencia de: Psicólogo/a  Psicopedagogo/a  fonoaudiólogo/a  Neurólogo/a

Otros.....



**Alimentación**

¿Qué le gusta comer?.....

¿Qué actitud adoptan los padres cuándo no come?.....

¿Cómo es su comportamiento en la mesa? (comparte el momento con la familia, come solo, come en sillita alta, etc).....

¿Come solo/a?..... ¿quién lo/a asiste?.....

¿Come las 4 comidas del día? Desayuno  Almuerzo  Merienda  Cena  ¿Colaciones?

¿cuáles?.....

¿Tiene prohibido algún alimento?..... ¿Cuál? .....

¿Por qué motivo?.....

Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación (celíaco, diabético, intolerante a la lactosa, etc)

Si  No  ¿cuál?.....

¿Desayuna/almuerza antes del ingreso al Jardín?.....

¿Qué objeto/s utiliza con frecuencia?

Mamadera  Vaso con pico  Taza o vaso  Chupete

**Lenguaje**

¿Ha comenzado a comunicarse? ..... ¿cómo?.....

¿Cómo es su pronunciación? .....

¿Se comunica con balbuceos o señalando objetos? .....

¿Puede expresar de manera clara lo que vivencia? .....

Otros comentarios: .....

**Control de esfínteres**

¿usa pañales? ..... ¿acepta el momento de cambiado? .....

¿Es realizado siempre por la misma persona? .....

¿Va al baño solo/a? .....

Necesita asistencia: .....

**Sueño**

¿A qué hora aproximadamente se acuesta? .....

¿A qué hora aproximadamente se levanta? .....

¿Duerme siesta? .....

¿Tiene pesadillas? .....



¿Comparte la habitación? ..... ¿Con quién? .....

¿Usa algún objeto para dormir? ..... ¿Cuál? .....

Otros comentarios: .....

**Autonomía personal y Hábitos**

¿Qué actividades de la vida cotidiana ha comenzado a hacer solo? .....

Intenta hacerlo solo:

Se lava solo/a\_\_\_\_ se peina\_\_\_\_ es ordenado/a\_\_\_\_ usa chupete\_\_\_\_ tiene juguete transicional\_\_\_\_

Usa pañales\_\_\_\_ otro dato.....

¿Se estimula la autonomía e independencia en casa? ¿Cómo?

.....

**Características de personalidad**

¿Cómo describiría a su hijo? .....

Alegre\_\_\_\_ inquieto\_\_\_\_ travieso\_\_\_\_ malhumorado\_\_\_\_ caprichoso\_\_\_\_ tímido\_\_\_\_

¿Se relaciona fácilmente con los demás?.....

¿Tiene miedos? .....¿A qué?.....

¿Tiene rabietas/berrinches? ..... ¿Pega sin causa? .....

¿Busca la soledad?.....

¿Cómo se marcan los límites en casa? .....

**Características del juego**

¿Cuáles son sus juegos más frecuentes? .....

¿cuál es su juguete preferido? .....

¿Cómo prefiere jugar? Solo  Con otros chicos  Con adultos

**Paseos y diversiones**

¿Cuáles son los paseos familiares más frecuentes?.....

¿Ve televisión? .....¿Qué programas? .....

¿Le gustan los cuentos? ..... ¿cuáles? .....

¿Le leen con frecuencia u ocasionalmente? .....

**Actividades extra-curriculares**

¿Cuáles? ..... ¿Dónde? .....

Asistió a otro Jardín? .....



¿Por qué eligió esta Institución?

.....

¿Qué espera que le brinde?

.....

Personas autorizadas a retirar al niño/a de la Institución: (nombre completo, parentesco, dni y teléfono)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguien no tiene autorización a retirarlo/a? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Existe una orden judicial al respecto? \_\_\_\_\_

Autorizo al personal de Lúdere College a tomar fotografías de mi hijo/a durante la jornada escolar y a ser publicadas en el espacio de facebook del Jardín (encerrar la respuesta correcta).

SI NO

Por medio de la presente, autorizo a mi hijo/a a ser cambiado de ropa y/o pañales en caso de ser necesario por el personal del Jardín (encerrar la respuesta correcta).

Si no

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Otros datos que considera importantes que la docente debe conocer

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración padre/madre: \_\_\_\_\_

Firma del docente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

