



¡Bienvenidos a Lúdere College Nivel Inicial!

SALA DE 4 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:

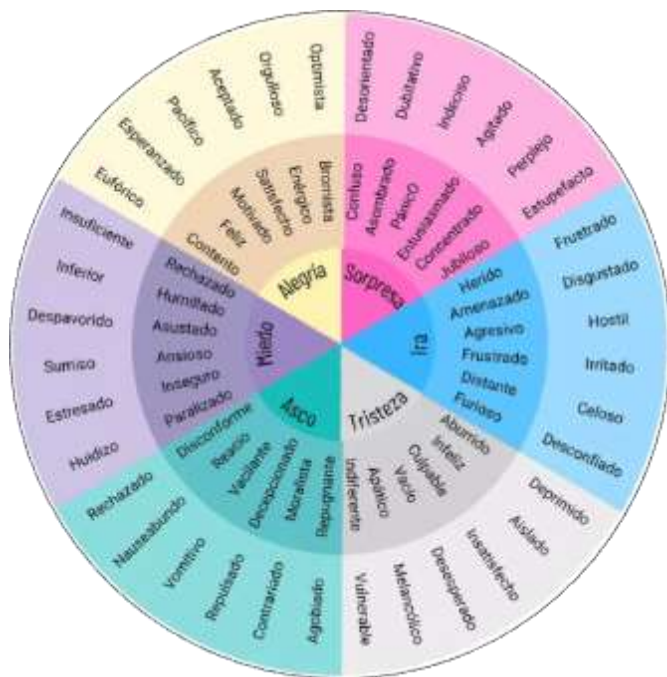
FELICIDAD y TRISTEZA: Lo coloreo lo más que puedo y se lo regalo a alguien para hablar del porqué de los colores que elegí.

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: 4 años

Turno:

Docente:

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 flir. ☐ 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?.....¿utiliza adecuadamente los cubiertos?

¿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)

Sí ☐ No ☐ ¿cuál?.....

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

¿Qué objeto/s utiliza con frecuencia?

Mamadera ☐ Vaso con pico ☐ Taza o vaso ☐ Chupete ☐

Control de esfínteres

¿A qué edad dejó los pañales?.....

¿Va al baño solo/a?..... ¿necesita asistencia?.....

¿Por la noche, moja la cama?.....

¿Si usa pañales, quien lo cambia?..... ¿se deja?.....

Autoriza al personal del jardín a realizar el cambio de pañales: Sí ☐ No ☐

Firma:

Aclaración:

Sueño

¿comparte la habitación?..... ¿con quién?.....

¿tiene pesadillas?.....

¿A qué le tiene miedo?.....

¿usa algún objeto para dormir?..... ¿cuál?.....





¿a qué hora se acuesta?..... ¿a qué hora se levanta?.....
¿duerme siesta?.....

Hábitos

Marcar aquellas acciones que el niño/a hace solo/a

Se peina ☐ Se cepilla los dientes ☐ Aseo de las manos ☐ Se baña ☐ Come ☐

Se pone la ropa ☐ Se ata los cordones ☐ Es ordenado/a ☐ Guarda sus juguetes ☐

Lenguaje

¿cómo es su pronunciación? Muy buena ☐ Buena ☐ Entendible ☐ Le cuesta comunicarse ☐
No se le entiende ☐

¿Cómo es su
vocabulario?.....

¿puede expresar con palabras lo que
vivencia?.....

¿conversan los integrantes de la familia con él/ella?..... ¿En qué momentos?
.....

¿cuál es su tema favorito o más frecuente del que suele
hablar?.....

¿Cuándo se equivoca al hablar, es corregido?.....
¿cómo?.....

¿comunica lo que siente, expresa sus emociones?.....
¿cómo?.....

Juego

¿A qué juega?.....

¿Busca la soledad?.....

¿Con quién juega?.....

¿juega en casa?..... ¿fuera de casa, dónde?.....

¿comparte los juguetes?..... ¿por
qué?.....

¿tiene alguna mascota?.....
¿cuál?.....

¿tiene rabieta, berrinches o rompe los
juguetes?.....





Si algo no le sale bien, le cuesta o le es difícil, ¿cómo actúa?.....

Paseos y diversiones

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

¿Ve televisión? Sí ☐ No ☐ ¿Qué programas ve ?
.....

¿utiliza Tablet y/o celular?..... ¿con qué frecuencia al día?..... ¿controlan lo que ve?.....

¿Le gustan los cuentos? ¿cuáles?..... su preferido es:.....

¿Le leen con frecuencia u ocasionalmente?

Actividades extra-curriculares

¿Cuál/es?..... ¿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/ videos 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 al personal del jardín a cambiar de ropa a mi hijo/a en caso de ser necesario (encerrar la respuesta correcta).

Si

No

Firma: _____

Aclaración: _____

Firma:

Aclaración padre/madre:

DNI:

Fecha:

