



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 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

¿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.....

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

Otros.....

Tiene algún tipo de diagnóstico?..... Especificar:.....

Requiere de Maestro/a de apoyo a la inclusión:.....

Alimentación

¿Qué le gusta comer?.....

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

¿Cómo es su comportamiento en la mesa?..... ¿utiliza adecuadamente los cubiertos?

¿Durante la alimentación permanece sentado?..... ¿Utiliza pantallas mientras lo hace?

¿Cuáles?.....

¿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

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?.....

Sueño

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

¿Sus horas de sueño son interrupciones?.....

¿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 rabietas, berrinches o rompe los juguetes?.....

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

¿Cómo interviene el adulto en esta situación?.....

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?.....¿Con qué frecuencia?.....

¿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 redes sociales del Jardín, exclusivamente con fines educativos (encerrar la respuesta correcta).

SI

NO

Por medio de la presente, autorizo al personal del jardín a cambiar de ropa/pañal a mi hijo/a en caso de ser necesario (encerrar la respuesta correcta).

Si

No

Firma:_____

Aclaración:_____

Firma:_____

Aclaración padre/madre:_____

DNI:.....

Fecha de notificación:_____

Firma y sello del docente: _____

DNI:.....

Fecha de notificación del docente:_____