

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 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 ☐

¿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 o 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? (comparte el momento con la familia, come solo, come en sillita alta, etc).....

¿Durante la alimentación permanece sentado?.....¿Utiliza pantallas mientras se alimenta?.....¿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 ☐

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?

¿Sus horas de sueño son sin interrupciones?

¿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? ¿Cómo reacciona en ese momento?

¿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 redes sociales del Jardín, exclusivamente con fines educativos (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: _____

DNI:.....

Fecha de notificación: _____

Firma y sello del docente: _____

DNI:.....

Fecha de notificación del docente: _____