



I. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre:

Sobrenombre: Fecha de nacimiento: DIA | MES | AÑO

Grado que cursará el siguiente ciclo escolar:

Edad actual: AÑOS | MESES Edad en septiembre: AÑOS | MESES

Sexo: Religión:

Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio:

Colonia: Municipio: C.P.:

Estado: Tel. casa: Cel:

¿Con quién vive? Lateralidad: ZURDO, DERECHO, AMBIDIESTRO

¿Cuántos hermanos tiene? Lugar cronológico que ocupa:

¿Cómo se enteró de la escuela?

Escuela de procedencia:

Motivo del cambio:

Tel. oficina padre: Tel. oficina madre:

En caso de emergencia llamar a : NOMBRE

Parentesco / Relación: Teléfono:

II. DATOS DEL PADRE

Nombre del padre:

Edad: Fecha de nacimiento: DIA | MES | AÑO

Escolaridad: Empresa donde trabaja:

Puesto que ocupa: Horario de trabajo:

¿Qué producto o servicio ofrece esta empresa?

Domicilio de la oficina

Colonia: Municipio: C.P.:

Tel. de la oficina: Ext: Cel:

E-mail

Idiomas que habla: Religión:

III.DATOS DE LA MADRE

Nombre de la madre:

Edad: Fecha de nacimiento: DIA | MES | AÑO

Escolaridad: Empresa donde trabaja:

Puesto que ocupa: Horario de trabajo:

¿Qué producto o servicio ofrece esta empresa?

Domicilio de la oficina

Colonia: Municipio: C.P.:

Tel. de la oficina: Ext: Cel:

E-mail

Idiomas que habla: Religión:

IV.HERMANOS

Nombre	Edad	Grado	Escuela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V.ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRES	SI	NO	¿HACE CUÁNTO?	Otro: <input type="text"/>
Casados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Separados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Divorciados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
2do Matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

HIJOS DE OTRO MATRIMONIO

Nombre	Edad	Hijo de	Vive con	Escolaridad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Además del niño(a) ¿Quién más vive en la casa? (especificar cada persona)

DATOS PERINATALES

Embarazo a término: SI NO Especificar duración:

El parto fue con:

Anestesia General

Bloqueo

Psicoprofiláctico

Fórceps

Cesárea

Otro:

VI. ASPECTOS GENERALES DEL DESARROLLO

· ALIMENTACIÓN

La lactancia fue con: Pecho Biberón Ambos Otra:

¿Cuánto tiempo se le amamantó?

¿Se chupó el dedo? SI NO ¿Hasta qué edad?

¿Uso chupón? SI NO ¿Hasta qué edad?

¿Cómo se le quitó el hábito?

¿Tiene buen apetito? SI NO

¿Cuántas comidas realiza al día?

Cuándo no quiere comer ¿Qué hace usted?

¿Come solo? SI NO ¿Desde qué edad?

¿Quién come con él(ella) todos los días?

¿Tiene horario fijo para las comidas? SI NO

¿Lo forzan a comer alimentos que le desagradan? SI NO

En caso afirmativo ¿Cómo?

¿Quién decide su dieta diaria?

Su peso es: Adecuado para su edad Arriba de lo esperado Abajo de lo esperado

· SUEÑO

¿Hasta qué edad durmió con papá y mamá?

Actualmente:

¿Duerme tranquilo(a)? SI NO ¿Despierta llorando? SI NO

¿Tiene pesadillas? SI NO ¿Duerme solo? SI NO

¿Se pasa a la cama con papá y mamá? SI NO ¿Con qué frecuencia?

¿Habla dormido(a)? SI NO ¿Con qué frecuencia?
 ¿Camina dormido(a)? SI NO ¿Con qué frecuencia?
 Hora de levantarse Hora de acostarse
 Batalla usted para acostarlo(a) a dormir SI NO
 ¿Qué hace usted cuando su hijo(a) no quiere dormir?
 ¿Tiene miedo a la oscuridad? SI NO ¿Tiene miedo al aislamiento? SI NO
 ¿Tiene temor a la soledad? SI NO Otro comentario:

· MOTRICIDAD

	AÑOS	MESES CUMPLIDOS
¿A qué edad mantuvo su cabeza erguida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué edad se volteó solo(a)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué edad gateó?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué edad se mantuvo parado(a)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿A qué edad caminó?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

· LENGUAJE

Articulación

¿A qué edad se dio a entender con palabras?
 ¿En qué lengua se habla en casa?
 ¿Presentó algunos de los problemas del lenguaje abajo mencionados?
 Articulación Lenguaje inmaduro Otro
 Inversión de sílabas Tartamudez

¿Actualmente sigue presentando alguno de estos problemas u otro no mencionado? (especificar)

· CONTROL DE ESFÍNTERES

¿A qué edad aprendió su hijo(a) a controlar sus esfínteres?
 A partir de ese momento ¿tuvo el niño(a) algún periodo posterior en el que haya perdido este control? (especificar)

VII.SALUD

Especifique qué problemas de salud ha presentado, tales como parásitos, gripes, alergias, infecciones, fracturas, etc.

ENFERMEDADES

FECHA

¿Se le han aplicado todas las vacunas? SI NO

¿Ha sufrido algún traumatismo? SI NO ¿De qué tipo?

¿Tiene alguna característica física especial? SI NO Si es así, ¿cuál?

¿Usa lentes? SI NO

¿Usa aparato audiométrico? SI NO

¿Se enferma con facilidad? SI NO

¿Ha asistido su hijo a algún tratamiento psicológico o pedagógico? SI NO

Si es el caso, mencionar el motivo:

Especificar fechas de inicio y término

Nombre del especialista Tel.

¿Cómo considera el estado general de salud de su hijo(a)?

Muy Bueno Bueno Regular Deficiente Malo Deficiente

VIII.DATOS DE SU VIVIENDA

¿El estudiante comparte su cuarto? SI NO ¿Con quién?

¿Tiene un lugar especial para estudiar? SI NO

¿Guarda sus cosas en un lugar apropiado? SI NO

¿Hay jardín o patio en su casa? SI NO

IX.HÁBITOS PERSONALES/ RESPONSABILIDADES

Marque las casillas de las actividades que realiza por sí mismo:

<input type="checkbox"/> Comer	<input type="checkbox"/> Peinarse
<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Lavarse los dientes
<input type="checkbox"/> Desvestirse	<input type="checkbox"/> Preparar sus útiles
<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Lavar los trastes
<input type="checkbox"/> Arreglar sus juguetes	<input type="checkbox"/> Tirar la basura

X.INTERESES Y ACTIVIDADES

Estas preguntas son unicamente para alumnos aspirantes a Kinder I.

- ¿Le gusta jugar? SI NO
- ¿Cuáles son sus juegos favoritos?
- ¿Cuántas horas al día ve la TV?
- ¿Qué tipo de programas suele ver?
- ¿Disfruta que le cuenten cuentos?
- ¿Cuántas veces a la semana leen?

Estas preguntas son unicamente para alumnos aspirantes a Kinder II, Kinder III y Pre First.

- ¿Le gusta leer? SI NO
- ¿Cuántas veces por semana lee?
- ¿Cuántas libros de su nivel hay en su casa?
- ¿Cuántas horas al día ve la TV?
- ¿Qué tipo de programas suele ver?
- ¿Tiene juegos de video? SI NO
- ¿Cuántas horas diarias los usa?
- ¿Sabe ahorrar? SI NO
- ¿Tiene alcancía? SI NO
- ¿Recibe algún ingreso fijo? SI NO

Estas preguntas son para alumnos aspirantes a todos los grados:

- ¿Toma clases extraescolares? SI NO

Menciónelas por favor:

Actividad	Lugar	Veces por semana
-----------	-------	------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Qué actividades disfruta cuando está solo?

¿Qué actividades específicas realiza con:

mamá?

papá?

ambos?

XI.AREA ESCOLAR

	De	A	Lugar
Guardería	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jardín de niños	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Años repetidos ¿cuáles?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Causas:	<input type="text"/>		

¿Cuántos idiomas domina?

Idioma		Dominio			
<input type="text"/>	Escuchando	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
<input type="text"/>	Hablando	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
<input type="text"/>	Escuchando	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
<input type="text"/>	Hablando	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante

XII. VIDA SOCIAL

¿Acostumbra jugar con niños de su edad? SI NO

¿Juega con niños más grandes? SI NO

¿Juega con niños más pequeños? SI NO

¿Son constantes sus amistades? SI NO

¿Invita amistades a su casa? SI NO ¿Con qué frecuencia?

¿Va de visita a otras casas? SI NO ¿Con qué frecuencia?

¿Comparte sus juguetes con facilidad? SI NO

¿Sabe perder con facilidad? SI NO

Usted considera que su hijo es:

Muy sociable Sociable Le cuesta trabajo socializar Nada sociable

XIII. OTROS

¿Qué hace su hijo(a) los fines de semana?

¿A qué paseos o viaje de tipo cultural ha asistido?

¿Piensa usted que su hijo(a) tiene algún talento o aptitud especial? SI NO

¿Cuál?

¿En que áreas piensa que su hijo(a) puede desarrollarse mejor?

¿Existe alguna experiencia familiar, personal, escolar y/o social que haya afectado de manera significativa al alumno (muerte de un familiar cercano, pérdida, cambio de casa, accidente, etc.) ?

Marque una o varias de las siguientes opciones:

a) Soy un padre:

<input type="checkbox"/> Sobreprotector	<input type="checkbox"/> Cariñoso
<input type="checkbox"/> Autoritario	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> Frío
<input type="checkbox"/> Rígido	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

Considero que la relación con mi(s) hijos(as) es:

Muy Buena Buena Regular Deficiente

a) Soy una madre:

<input type="checkbox"/> Sobreprotectora	<input type="checkbox"/> Cariñosa
<input type="checkbox"/> Autoritaria	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> Fría
<input type="checkbox"/> Rígida	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>

Considero que la relación con mi(s) hijos(as) es:

Muy Buena Buena Regular Deficiente

El colegio no proporciona servicio de transporte, sin embargo, puede usted solicitar los nombres y teléfonos de diversas personas que realizan este servicio en las oficinas del Instituto. No obstante, cualquier arreglo entre los padres y el servicio de transporte, es totalmente independiente del Colegio y, por lo tanto, no asumimos ninguna responsabilidad sobre este servicio.

Esta solicitud no será considerada si no entregan los documentos requeridos por la Dirección. No se regresarán dichos documentos. En caso de ser aceptado, el Colegio reserva su lugar un tiempo máximo de dos semanas. Si el alumno no queda inscrito durante ese tiempo, el lugar será cedido a otro solicitante.

La información proporcionada, hasta donde yo sé, es verídica. Otorgo mi permiso para que la escuela se comunice con las escuelas a las que ha asistido mi hijo(a) para pedir información en lo que se refiere a calificaciones, reportes de aprovechamiento y conducta.

Firma del padre o la madre

Fecha