



Paolini
casa de niños · montessori

Fecha: _____

FICHA DE INSCRIPCIÓN

Ciclo escolar: _____

DATOS DEL ALUMNO (A):

Nombre completo: _____
Fecha de nacimiento: _____
Grado que cursará el alumno (a): _____
Escuela anterior: _____
Teléfono de la escuela anterior: _____
Nombre de la directora anterior: _____
Grados que cursó en la escuela anterior: _____

REFERENCIAS:

¿Cómo se entero de Casa de Niños MA. ANTONIETTA PAOLINI?:

Razones por las que desea que su hijo (a) ingrese a C de N MA. ANTONIETTA PAOLINI

Quien se hace cargo del niño (a) al salir del colegio? _____

Quien le ayuda a hacer las tareas? _____

¿Realiza alguna actividad extra escolar en las tardes? Especifique

Usted conoce algún padre de familia de este colegio? si _____ No _____

Nombre: _____

HISTORIA MÉDICA

Peso al nacer _____ Peso actual _____
 Estatura actual _____ Grupo Sanguineo _____
 Horas de sueño _____ Hora de siesta de las _____ a las _____
 ¿Tiene dificultad para dormir? si _____ No _____
 ¿Su hijo a presentado alguno de estos padecimientos? si no especifique

Problemas Visuales			
Problemas Auditivos			
Problemas motrices			
Pie Plano			
Cefaleas			
Asma			
Alergias			
Convulsiones			
Traumatismos cefálicos con perdida de conocimiento?			
Hospitalización			
Intervención Quirúrgica			

El estado de salud de su hijo es: Buena () Regular () Mala ()
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad? (especifique) _____
 ¿Actualmente toma algún medicamento? (especifique) _____
 ¿Ha recibido algún apoyo o terapia específica? si _____ No _____
 Motivo _____ Edad en que inició _____ Duración _____
 ¿Quién es el profesionista que lo atendió? _____
 Teléfono: _____

DESARROLLO DEL NIÑO (A):

Edad aproximada en la que comenzó a:	Edad	Meses	No me acuerdo
Gatear			
Caminar			
Emitir sus primeras palabras			
Controlar esfinteres			

COMPORTAMIENTO DEL ALUMNO Y ADAPTACIÓN SOCIAL

Socialmente usted como calificaría a su hijo Bueno () Regula () Malo ()
 ¿Usted cree que su hijo se adapta facilmente a un ambiente nuevo si () no ()
 ¿Que tan obediente calificaría usted a su hijo Bueno () Regula () Malo ()
 ¿Tiene su hijo responsabilidades en casa? (especifique cuales) _____

 ¿Quién verifica que su hijo cumpla con sus responsabilidades? _____
 ¿Qué tan dependiente de los adultos es su hijo?

Mucho	Regular	Poco
-------	---------	------

¿Su hij@ a presentado algunas de las siguientes conductas?	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Hace berrinches					
Es agresivo					
Se autoestimula					
Se chupa el dedo					

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Se orina en la cama					
Se muerde las uñas					
Se priva					
Se balancea					
Tiene algún tic					
Rechaza alimentos					
Llora excesivamente					
Incontinencia intestinal					
No permanece en su cama					
Prefiere estar solo					
Prefiere las cosas a las personas					

AUTONOMÍA

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Actualmente su hijo:					
Come solo					
Se viste solo					
Se baña solo					
Juega solo					

INICIATIVA

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Es original en sus juego					
Busca el éxito en sus actividades					
Cumple con sus tareas					

ORDEN

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Cuida y guarda sus cosas					
Hace actividades ordenadas					
Coopera con el orden en casa					
Es organizado					

RELACIONES SOCIALES

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Muchas Veces	Siempre
Hace amigos					
Se adapta a ambientes nuevos					
Tiene buena relación con adultos					