

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS

Fecha: _____ de _____ del _____.

1.- Datos Personales del Alumno:

Nombre: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Calle _____ Número _____ Número Interior _____
Domicilio: _____
Colonia: _____ Deleg. / Mpio: _____
Estado: _____ C.P. _____ Teléfono de casa: _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Edad que tendrá al 1º de septiembre del 20____: _____ Grado al que solicita admisión _____
Religión: _____ Lateralidad (zurdo, derecho, ambidiestro): _____
¿Con quien vive? _____ ¿Cuantos hermanos tiene? _____
Lugar cronológico que ocupa: _____ ¿Quién le recomendó la escuela? _____

2. Datos del Padre:

Nombre Completo: _____ Edad: _____
Nombre de la empresa donde trabaja: _____
Puesto que ocupa: _____ Horario de trabajo: _____
Giro de la empresa: _____ Sueldo _____
Teléfono de oficina _____ Celular: _____
E-Mail: _____ Religión: _____

3. Datos de la Madre:

Nombre Completo: _____ Edad: _____
Nombre de la empresa donde trabaja: _____
Puesto que ocupa: _____ Horario de Trabajo: _____
Giro de la empresa: _____ Sueldo _____
Teléfono de oficina _____ Celular: _____
E-Mail: _____ Religión: _____

4. Antecedentes Familiares:

Padres: Casados Separados Divorciados Segundo Matrimonio Otro

¿Desde cuándo? _____

¿Ha habido alguna separación temporal del alumno con su madre? _____

¿Con su padre? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

1) Datos de Hermanos:

Nombre:

Edad:

Grado Escolar:

Escuela

5. En caso de emergencia llamar a...

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono _____

6. Aspectos Generales del Desarrollo:

Alimentación: ¿Tiene buen apetito? Si No ¿Cuántas comidas hace al día? _____

¿Come solo? Si No ¿Desde que edad? _____ ¿Tiene horario fijo para comer? _____

¿Cuando no quiere comer, qué hace Ud.? _____

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

Su peso es _____Kg Adecuado para su edad Arriba de lo esperado Debajo de lo esperado

Sueño: ¿Hasta que edad durmió con papá y mamá? _____

Actualmente: ¿Duerme tranquilo? Si No ¿Tiene Pesadillas? Si No

¿Despierta llorando? Si No ¿Duerme solo? Si No

¿Habla dormido? Si No ¿Camina dormido? Si No

¿Se pasa a la cama de papá y mamá Si No

Hora de levantarse: _____ Hora de acostarse: _____

¿Qué hace Ud. cuando su hijo no quiere dormir? _____

¿Tiene miedo a la obscuridad? Si No ¿Tiene temor a la soledad? Si No

¿Tiene temor al aislamiento? Si No

Salud: Especificar qué problemas de salud ha presentado, tales como gripe, alergia, infecciones, fracturas, cirugías:

¿Tiene algún problema de la vista? _____

¿Usa lentes? Si No

¿Usa aparato audio métrico? Si No

7. Área Psicopedagógica:

Su coordinación motriz es:

Por arriba de lo esperado Normal para su edad Inferior para su edad

¿A qué edad aprendió el niño a controlar sus esfínteres? _____

¿A partir de este momento, tuvo el niño(a) algún período en que haya perdido este control? _____

¿A que edad empezó a hablar? _____ ¿Presentó algún problema de lenguaje? _____

Describa brevemente a su hijo _____

¿Qué habilidades hacia el estudio reconoce en su hijo? _____

¿Cómo reacciona ante la frustración? _____

¿Cómo reacciona ante sus triunfos? _____

¿Qué le enoja y cómo reacciona? _____

¿Ha tenido alguna experiencia traumática? (enfermedad, accidente, hospitalización, pérdida de algún ser querido, etc.) _____

¿Ha recibido o está recibiendo algún tratamiento psicológico? ¿Por cuánto tiempo y cuál fue el diagnóstico? _____

¿Existe algún antecedente importante de su hijo(a) que debamos conocer? _____

8. Intereses / Actividades

¿Le gusta leer? SI NO ¿Cuántas veces por semana lee? _____

¿Toma clases extraescolares? _____ Menciónelas por favor:

Actividad

Lugar

Veces por semana

¿Qué actividades disfruta cuando está solo? _____

¿Qué actividades realiza en familia? _____

10. Área Académica:

Escuela de Procedencia: _____

Promedio Académico del grado que cursa _____

Motivo del cambio de escuela: _____

Años repetidos (cuales): _____

Causas: _____

¿Ha sido expulsado alguna vez? SI NO Grado Escolar: _____

Mencionar la razón: _____

	De:	A:	Lugar:
Guardería	_____	_____	_____
Jardín de Niños	_____	_____	_____
Primaria	_____	_____	_____

De ser admitidos, nos comprometemos a cumplir nuestras obligaciones académicas y administrativas consideradas en los reglamentos y disposiciones de Kinder St. Patrick y de Centro de Estudios Lomas. Naucalpan de Juárez Estado de México a _____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante

Vo. Bo. Del Padre o Tutor

PARA USO DEL KINDER ST. PATRICK Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS LOMAS

Observaciones y Comentarios: _____

Autorización del Candidato para su Inscripción

Depto. Psicopedagogía

Sub-Dirección de Admisiones

Sub-Dirección Sección

Dirección General

Fecha de Autorización _____