JARDIN DE NIÑOS ÁNDRES MOLINA ENRÍQUEZ

PROCESO DE INSCRIPCION 2014-2015

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada Reactivo y conteste certeramente la información que se le solicita, por seguridad, vaya guardando constantemente los cambios, no puede faltar ninguno de los campos por contestar, de lo contrario, el formato no llegara adecuadamente. Gracias

Foto

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES DEL ALUMNO | | |
| Numero de recibo de pago: |  | |
| Nombre: |  | |
| Fecha de nacimiento: (día/mes/año) |  | |
| Sexo: |  | |
| Grado y Grupo: |  | |
| Nacionalidad: |  | |
| Fecha de inscripción: |  | |
| CURP: |  | |
| Tiene alguna discapacidad: |  | |
| Hermanos en la escuela | SI ( ) GRADOY GRUPO: | NO( ) |
| Gemelo |  | |
| Domicilio: |  | |
| Entre que calle y que calle |  | |
| Referencia de domicilio (frente a la farmacia, junto a una tienda, etc.,) |  | |
| Colonia: |  | |
| Código postal: |  | |
| Estado: | México | |
| Municipio: | Tultitlán | |
| Teléfono de casa: |  | |
| Teléfono de emergencias: |  | |
| Otro teléfono: |  | |
| GENERALES DE LOS PADRES DE FAMILIA | | |
| Nombre del padre: |  | |
| Vive con el niño (a) |  | |
| Edad: |  | |
| Fecha y lugar de nacimiento |  | |
| RFC: |  | |
| Ocupación: |  | |
| Escolaridad: |  | |
| CURP: |  | |
| Folio del IFE: |  | |
| Teléfono de casa: |  | |
| Teléfono celular: |  | |
| Teléfono del trabajo: |  | |
| Correo electrónico: |  | |
| Estado civil: |  | |
| Sabe leer y escribir: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la madre: |  |
| Vive con el niño (a) |  |
| Edad: |  |
| Fecha y lugar de nacimiento |  |
| RFC: |  |
| Ocupación: |  |
| Escolaridad: |  |
| CURP: |  |
| Folio del IFE: |  |
| Teléfono de casa: |  |
| Teléfono celular: |  |
| Teléfono del trabajo: |  |
| Correo electrónico: |  |
| EN CASO DE NECESARIO, DATOS DEL TUTOR | |
| Nombre del tutor: |  |
| Parentesco con el alumno (a): |  |
| Vive con el niño (a): |  |
| Edad: |  |
| Fecha y lugar de nacimiento |  |
| RFC: |  |
| Ocupación: |  |
| Escolaridad: |  |
| CURP: |  |
| Folio del IFE |  |
| Teléfono de casa: |  |
| Teléfono celular: |  |
| Teléfono del trabajo: |  |
| Correo electrónico: |  |

Será responsabilidad del padre o tutor, revisar el correcto llenado del documento, así como que los datos aquí manifestados sean verídicos.

PROFRA. DEL GRUPO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

**Ficha biopsicosocial**

Jardín de niños “Andrés Molina Enríquez” Zona Escolar J053

Localidad: Los reyes Municipio: Tultitlán

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN:** | |
| Nombre del niño (a): |  |
| Edad: |  |
| Domicilio: |  |
| Teléfono de casa: |  |
| **ANTECEDENTES FAMILIARES** | |
| Nombre del padre: |  |
| Edad: |  |
| Ocupación: |  |
| Escolaridad: |  |
| Ingreso mensual: |  |
| Nombre de la madre: |  |
| Edad: |  |
| Ocupación: |  |
| Escolaridad: |  |
| Ingreso mensual: |  |
| **AMBIENTE FAMILIAR** | |
| Personas que viven con el: | Madre y padre ( ) Madre ( ) Padre ( ) Hermanos ( ) Abuelos ( ) otros ( ) |
| Número total de personas que viven en casa: |  |
| Número de hermanos: |  |
| Edades y sexos:  Lugar que ocupa entre los hermanos: |  |
| **AMBIENTE FÍSICO:** | |
| Viven en: | Casa ( ) Departamento ( ) Cuartos ( ) Propio ( ) Alquilado ( ) Otros ( ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES PRENATALES:** | | | |
| ¿Cómo fue el embarazo? | |  | |
| ¿Cómo fue el parto? | |  | |
| **DESARROLLO**  **1er Ano de vida** | | | |
| ¿Tomó leche materna, cuánto tiempo? | |  | |
| ¿A qué edad empezó la ablactación? | |  | |
| A qué edad: | |  | |
| Sostuvo la cabeza | |  | |
| Gateo | |  | |
| Se paró solo | |  | |
| Camino solo | |  | |
| Inicio la dentición (tiene problemas) | |  | |
| **Posterior al año de vida** | | | |
| ¿A qué edad empezó a hablar? | |  | |
| ¿Cuál fue su primera palabra? | |  | |
| ¿A qué edad controlo esfínteres? | |  | |
| ¿Cómo es su sueño? | | **Profundo( ) tranquilo( ) inquieto( )** | |
| Hechos significativos que hayan afectado el desarrollo del niño(a): (muertes, accidentes, enfermedades, etc.) | |  | |
| Características emocionales del niño(a): | |  | |
| **ANTECEDENTES DE SALUD** | | | |
| Enfermedades que haya padecido | |  | |
| ¿El niño escucha bien? |  | ¿Utiliza aparato auditivo? |  |
| ¿El niño ve bien? |  | ¿Utiliza lentes? |  |
| ¿Tiene pie plano? |  | ¿Usa zapato ortopédico? |  |
| Enfermedades crónicas que padece | |  | |
| Control de vacunas | | Cartilla completa ( ) Incompleta ( ) No tiene ( ) | |
| Tiene servicio médico institucionalizado | | IMSS ( ) ISSSTE ( ) ISEMYM ( ) SEGURO POPULAR ( ) OTRO ( ) | |
| Numero de afiliación | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES SOCIALES** | |
| ¿Qué le gusta hacer al niño(a)? |  |
| ¿Quiénes juegan con su hijo(a)? |  |
| ¿Cuáles son las tareas en las que colabora o participa dentro de la casa? |  |
| **ANTECEDENTES ESCOLARES** | |
| ¿Su hijo (a) ha estado en guardería? |  |
| ¿Cómo están dispuestos a colaborar en el jardín de niños? |  |
| ¿Qué espera del jardín de niños? |  |
| ¿Por qué inscribió a su hijo(a) en este jardín de niños? |  |
| ¿Su hijo(a) asistió a otro jardín de niños | ? Si ( ) No ( ) ¿Cuál? |
| ¿Qué avances observó en su hijo(a) al asistir al jardín de niños? |  |

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFRA. DEL GRUPO

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR