

¿Qué actividades disfruta cuando está solo? _____

¿Qué actividades realiza en familia? _____

9. 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 _____



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS

Fecha: _____ de _____ del _____.



FOTO

1. Datos Personales del Alumno

Nombre: _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Domicilio: _____ Calle _____ Número _____ Número Interior _____

Colonia: _____ Deleg. / Mpio: _____

Estado: _____ C.P. _____ Teléfono de casa: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Edad que tendrá al 1° de septiembre del 20 _____ Grado al que solicita admisión: _____

Religión: _____ Lateralidad (zurdo, derecho, ambidiestro): _____

¿Con quién vive? _____ ¿Cuántos 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: _____

* No se hacen devoluciones por ningún motivo en ningún rubro.

* Se aplican cargos de servicios administrativos.

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, que 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 oscuridad? 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 vistas? _____

¿Usa lentes? Si No ¿Usa aparato audiométrico? 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 intereses? _____

¿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 ¿Cuantas veces por semana lee? _____

¿Toma clases extraescolares? _____ Menciónelas por favor:

Actividad	Lugar	Veces por semana
_____	_____	_____
_____	_____	_____