

U.E.P. COLEGIO AMERICANO

Institución de la Iglesia Presbiteriana de Venezuela

PLANILLA DE DATOS DE NUEVO INGRESO DE EDUCACION INICIAL.

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres del niño (a) _____

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Lugar: _____

Dirección: _____ Tlf. Hab: _____

Nombre del Representante _____ CI : _____

Correo electrónico: _____ Cel: _____

Estado Civil de los Padres: _____

Dirección. _____ Tlf. Hab. _____

Personas que viven con él (la) estudiante (Completar el cuadro)

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	PROFESIÓN

DATOS ESCOLARES

Cupo solicitado: _____

Centro Educativo de procedencia: _____

Años en dicha Institución _____

Centros Educativos a los cuales ha asistido: _____

Motivo por el cual cambio de Centro Educativo: _____

Mencione razones eligió este colegio _____

¿Tiene algún hermano o pariente en este Colegio? SI ___ NO ___

Nombre Apellido. _____ Grado: _____ Sección _____

Tiene algún pariente en el colegio: _____

Nombre Apellido: _____ Grado: _____ Sección: _____

HABILIDADES PREVIAS

¿Maneja con facilidad las tijeras? SI __ NO __ ¿Rellena una superficie delimitada? SI __ NO __

¿Salta con los pies juntos? SI __ NO __ ¿Sube las escaleras alternando los pies? SI __ NO __

¿Se relaciona con sus compañeros? SI __ NO __ ¿Acepta normas con agrado? SI __ NO __

¿Se mantiene sentado al trabajar? SI __ NO __ ¿Espera su turno para hablar? SI __ NO __

¿Padece de alguna afección o condición que requiera de especial atención? SI __ NO: __

¿Cuál afección? _____

¿Ha sido sometido(a) a alguna operación médica? SI __ NO __ ¿Cuál? _____

¿Actualmente está medicado(a)? SI __ NO __ ¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____

¿Ha asistido su representado(a) a alguna consulta médica? Neurólogo(a) _____ Psicólogo(a) _____

Psicopedagogo(a) _____ Terapeuta del lenguaje _____ Terapeuta Ocupacional _____

En relación con los hábitos de su representado: ¿Come solo(a)? SI __ NO __

¿Cómo es el sueño? Tranquilo __ Agitado __ Insomne __ Terror nocturno __

¿Usa pañales? SI __ NO __ ¿A qué edad los dejó de usar? _____ Años

¿Va solo (a) al baño? SI __ NO __ Solicita ayuda SI __ NO __

¿Tiene hábitos regulares de estudio? SI __ NO __

¿Cómo hace sus actividades? Acompañado _____ Sólo _____

¿Asiste a tareas dirigidas? SI __ NO __

Tiempo que utiliza en las tareas: _____

En casa la supervisión de la tarea la realiza: papá __ mamá __ otro (indique)

Hago constar que todos los datos aquí suministrados son verdaderos.

Firma del Representante