

I. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre:

Sobrenombre: Fecha de nacimiento: DIA | MES | AÑO

Grado que cursará el siguiente ciclo escolar:

Edad actual: AÑOS | MESES Edad en septiembre: AÑOS | MESES

Sexo: Religión:

Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Domicilio:

Colonia: Municipio: C.P.:

Estado: Tel. casa: Cel:

¿Con quién vive? Lateralidad: ZURDO, DERECHO, AMBIDIESTRO

¿Cuántos hermanos tiene? Lugar cronológico que ocupa:

¿Cómo se enteró de la escuela?

Escuela de procedencia:

Motivo del cambio:

Tel. oficina padre: Tel. oficina madre:

En caso de emergencia llamar a : NOMBRE

Parentesco / Relación: Teléfono:

II. DATOS DEL PADRE

Nombre del padre:

Edad: Fecha de nacimiento: DIA | MES | AÑO

Escolaridad: Empresa donde trabaja:

Puesto que ocupa: Horario de trabajo:

¿Qué producto o servicio ofrece esta empresa?

Domicilio de la oficina

Colonia: Municipio: C.P.:

Tel. de la oficina: Ext: Cel:

E-mail

Idiomas que habla: Religión:

III.DATOS DE LA MADRE

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ DIA | MES | AÑO

Escolaridad: _____ Empresa donde trabaja: _____

Puesto que ocupa: _____ Horario de trabajo: _____

¿Qué producto o servicio ofrece esta empresa? _____

Domicilio de la oficina _____

Colonia: _____ Municipio: _____ C.P.: _____

Tel. de la oficina: _____ Ext: _____ Cel: _____

E-mail _____

Idiomas que habla: _____ Religión: _____

IV.HERMANOS

Nombre	Edad	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

V.ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRES	SI	NO	¿HACE CUÁNTO?	Otro: _____
Casados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Separados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Divorciados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
2do Matrimonio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

HIJOS DE OTRO MATRIMONIO

Nombre	Edad	Hijo de	Vive con	Escolaridad
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Además del niño(a) ¿Quién más vive en la casa? (especificar cada persona)

VI.SALUD

De su nacimiento a la fecha tuvo dificultades de salud significativas?

Prematuro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Dificultades para respirar	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Padecimientos crónicos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Enfermedades hereditarias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Parásitos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Gripes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Alergias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Infecciones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Fracturas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Cirugías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>
Otro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="text"/>

¿Se le han aplicado todas las vacunas? SI NO

¿Ha sufrido algún traumatismo? SI NO ¿De qué tipo?

¿Tiene alguna característica física especial? SI NO Si es así, ¿cuál?

¿Usa lentes? SI NO

¿Usa aparato audiométrico? SI NO

¿Se enferma con facilidad? SI NO

¿Ha asistido su hijo a algún tratamiento psicológico o pedagógico? SI NO

Si es el caso, mencionar el motivo:

Especificar fechas de inicio y término

Nombre del especialista Tel.

¿Cómo considera el estado general de salud de su hijo(a)?

Muy Bueno Bueno Regular Deficiente Malo Deficiente

VII.DATOS DE SU VIVIENDA

¿El estudiante comparte su cuarto? SI NO ¿Con quién?

¿Tiene un lugar especial para estudiar? SI NO

¿Guarda sus cosas en un lugar apropiado? SI NO

¿Hay jardín o patio en su casa? SI NO

VIII. DESARROLLO EMOCIONAL

ACTIVIDAD VERBAL

Hablantín
Promedio
Introverso

ACTIVIDAD MOTORA

Hiperactivo
Promedio
Hipoactivo

ACTITUDES

Cooperativo
Pasivo
Apático

¿Qué problemas (si existen) tiene el alumno que puedan afectarle en la escuela?

¿Explique brevemente como han manejado ustedes estos problemas de manera efectiva?

IX. INTERESES Y ACTIVIDADES

¿Le gusta leer? SI NO

¿Cuántas veces por semana lee?

¿Cuántos libros de su nivel hay en su casa?

¿Cuántas horas al día ve la TV?

¿Qué tipo de programas suele ver?

¿Tiene juegos de video? SI NO

¿Cuántas horas diarias los usa?

¿Sabe ahorrar? SI NO

¿Tiene alcancía? SI NO

¿Recibe algún ingreso fijo? SI NO

¿Toma clases extraescolares? SI NO

Menciónelas por favor:

Actividad	Lugar	Veces por semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Qué actividades disfruta cuando está solo?

¿Qué actividades específicas realiza con:

mamá?

papá?

ambos?

X. AREA ESCOLAR

¿Ha estado el alumno en otras escuelas además de la que proviene? SI NO

En caso afirmativo, menciónelas por favor:

Escuela	Grados	Incorporada a	No. clave
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Años repetidos ¿cuáles?

Causas:

¿Cuál fue la actitud de su hijo en la escuela este año?

¿Creen ustedes que las experiencias obtenidas por el alumno en su escuela han sido positivas?

¿Creen ustedes que el estudiante ha estado trabajando a su máxima capacidad?

¿Tienen ustedes algunas ideas específicas de lo que esperan que el alumno obtenga o desarrolle al final de su experiencia en Elementary?

¿Cuántos idiomas domina?

Idioma		Dominio			
<input type="text"/>	Escucha	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Habla	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Lectura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Escritura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
<input type="text"/>	Escucha	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Habla	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Lectura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Escritura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
<input type="text"/>	Escucha	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Habla	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Lectura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante
	Escritura	<input type="checkbox"/> Nativo	<input type="checkbox"/> Avanzado	<input type="checkbox"/> Intermedio	<input type="checkbox"/> Principiante

¿Qué premios y honores ha ganado? (contestar solamente si aplica)

¿Ha sido expulsado alguna vez? Si es el caso mencionar la razón

¿En qué grado sucedió?

XI. VIDA SOCIAL

- ¿Acostumbra jugar con niños de su edad? SI NO
- ¿Juega con niños más grandes? SI NO
- ¿Juega con niños más pequeños? SI NO
- ¿Son constantes sus amistades? SI NO
- ¿Invita amistades a su casa? SI NO ¿Con qué frecuencia?
- ¿Va de visita a otras casas? SI NO ¿Con qué frecuencia?
- ¿Comparte sus juguetes con facilidad? SI NO
- ¿Sabe perder con facilidad? SI NO

Usted considera que su hijo es:

- Muy sociable Sociable Le cuesta trabajo socializar Nada sociable

¿Qué actitudes suele tener el alumno hacia sus maestros?

¿Qué actitudes suele tener el alumno hacia sus compañeros?

¿Cómo describiría la interacción del estudiante con sus compañeros?

¿Cómo se relaciona con los adultos?

XII. OTROS

¿Qué hace su hijo(a) los fines de semana?

¿A qué paseos o viaje de tipo cultural ha asistido?

¿Piensa usted que su hijo(a) tiene algún talento o aptitud especial? SI NO

¿Cuál?

¿En qué áreas piensa que su hijo(a) puede desarrollarse mejor?

Marque una o varias de las siguientes opciones:

a) Soy un padre:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sobreprotector | <input type="checkbox"/> Cariñoso |
| <input type="checkbox"/> Autoritario | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Frío |
| <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> |

Considero que la relación con mi(s) hijos(as) es:

- Muy Buena Buena Regular Deficiente

a) Soy una madre:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sobreprotectora | <input type="checkbox"/> Cariñosa |
| <input type="checkbox"/> Autoritaria | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Fría |
| <input type="checkbox"/> Rígida | <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> |

Considero que la relación con mi(s) hijos(as) es:

- Muy Buena Buena Regular Deficiente

De ingresar su hijo(a), ¿qué espera del colegio?

El colegio no proporciona servicio de transporte, sin embargo, puede usted solicitar los nombres y teléfonos de diversas personas que realizan este servicio en las oficinas del Instituto. No obstante, cualquier arreglo entre los padres y el servicio de transporte, es totalmente independiente del Colegio y, por lo tanto, no asumimos ninguna responsabilidad sobre este servicio.

Esta solicitud no será considerada si no entregan los documentos requeridos por la Dirección. No se regresarán dichos documentos. En caso de ser aceptado, el Colegio reserva su lugar un tiempo máximo de dos semanas. Si el alumno no queda inscrito durante ese tiempo, el lugar será cedido a otro solicitante.

Entiendo sobre estos requisitos y estoy de acuerdo en suministrarlos a la escuela. En caso de no hacerlo, o que los documentos no sean copias fieles u originales en su caso, estoy consciente de que el colegio no se hará responsable en ninguna forma de la acreditación oficial de los estudios de mi hijo(a) si continúa estudiando la Primaria. La información proporcionada hasta donde yo sé es verídica. Otorgo mi permiso para que la escuela se comuniquen con las escuelas a las que ha asistido mi hijo(a) para pedir información en lo que se refiere a calificaciones, reportes de aprovechamiento y conducta.

Estoy de acuerdo que, en caso de que la S.E.P. requiera de algún trámite en documentos tales como legalización, acreditación, revalidación, equivalencia de estudios o cualquier otro, me comprometo a realizarlo y entregar los documentos en la fecha que el instituto señale.

Firma del padre o la madre

Fecha