

Ficha de Postulación Educación Parvularia Colegio Cabo de Hornos

Curso y año al que postula

Información del Postulante

Se ruega completar todos los datos en el computador o con letra imprenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| Fecha de nacimiento | C.I. / Pasaporte | Teléfono casa |
| Dirección | Condominio o Sector de residencia: |
| Nacionalidad | Colegio de procedencia |

Información del Padre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| Fecha de nacimiento | C.I. / Pasaporte | Nacionalidad |
| Institución donde trabaja | Profesión u Oficio | Teléfono |
| E-mail personal | Teléfono Celular/Oficina |

Información de la Madre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| Fecha de nacimiento | C.I / Pasaporte | Nacionalidad |
| Institución donde trabaja | Profesión u Oficio | Teléfono |
| E-mail personal | Teléfono Celular/Oficina |

# La persona que se haga responsable de los siguientes ítems, debe ser la misma que firme el “Contrato de prestación de Servicios” al matricular al alumno:

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable Económico | Responsable Académico |
| Madre ( ) Padre ( ) Otro ( ) | Madre ( ) Padre ( ) Otro ( ) |

Si el apoderado Académico o Financiero es otro, especifique:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| Fecha de nacimiento | RUT | Nacionalidad |
| Institución donde trabaja | Profesión u oficio | Cargo o puesto |
| E-mail personal | Teléfono celular/ oficina |

Información de la familia:

|  |
| --- |
| Identificar hermanos(as) indicando: nombre, edad y colegio/universidad (si corresponde) |
| Nombre | Fecha de nacimiento | Colegio/Universidad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Especifique con quién vive el alumno: |

El colegio imparte la asignatura de religión Católica. Si ustedes practican otro Credo, especifíquelo:

|  |
| --- |
|  |

Otros datos

|  |
| --- |
| Motivo por el que postula al colegio Cabo de Hornos: |

# Antecedentes de salud:

* Embarazo (semanas de gestación):
* Patologías del embarazo (indicar si hay algo importante que destacar):

# Desarrollo del Lenguaje:

Lenguaje Expresivo:

El niño se comunica a través de:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gestos |  | Jergas |  | Palabras |
| Frases de 2 palabras |  | Sílaba |  | Oraciones simples |

Observaciones: (describa brevemente cómo habla su hijo. Dé algunos ejemplos)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Lenguaje Comprensivo: SI NO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Comprende el lenguaje oral? |  |  |
| ¿Comprende el lenguaje oral sólo cuando se acompaña de gestos? |  |  |
| ¿Responde a su nombre? |  |  |
| ¿Comprende órdenes verbales comunes? (ejemplo: “Pásame la cuchara”) |  |  |
| ¿Comprende preguntas o afirmaciones verbales comunes? |  |  |
| ¿Tiene algún trastorno del lenguaje? |  |  |

Especifique: (diagnóstico-tratamiento-especialista tratante):

|  |
| --- |
|  |
|  |

# Desarrollo Psicomotor

¿A qué edad se sentó?:

¿A qué edad se paró y se sostuvo en pie solo? :

¿A qué edad caminó?:

¿Cómo fue su marcha?: Predominio lateral: (mano-ojo-pierna):

¿Tiene algún trastorno psicomotor?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI |  | NO |

Especifique: (diagnóstico-tratamiento-especialista tratante)

1. Autonomía

Control de esfínteres:

Diurno (edad): Nocturno (edad):

¿Come solo? ¿Desde cuándo?:

# Estado de Salud

* 1. ¿Ha tenido problemas de alimentación? SI NO Especifique cuál y cuándo:
	2. ¿Qué enfermedad importante ha tenido? (mencione)
	3. ¿Es alérgico? SI NO

Especifique a qué y su tratamiento:

d .¿Ha tenido alteraciones del sueño? SI NO Especifique cuál y cuándo:

* 1. ¿Su sensibilidad y percepción auditiva parecen normales? SI NO Especifique: (describa si su respuesta es negativa)

e. ¿Ha tenido problemas a la vista? SI NO Especifique cuál y tratamiento:

1. ¿Ha sufrido convulsiones con o sin fiebre? SI NO

Especifique (describa):

1. Frente a los medicamentos, ¿ha reaccionado en forma especial? SI NO

Especifique (describa):

1. Comente si hay otros aspectos relevantes del estado actual de salud del postulante:
2. ¿Tiene seguro de salud? SI NO
3. Especifique dónde:

# Grupo Sanguíneo: RH

Vacunas al día: SI NO

APOYO EXTERNO QUE RECIBE EL POSTULANTE: (ADJUNTAR COPIA DE INFORME MÉDICO TRATANTE EN CASO QUE CORRESPONDA)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PSICOLÓGICO |  | FONOAUDIOLÓGICO |
| NEUROLÓGICO |  | TERAPEUTA OCUPACIONAL |
| PSIQUIÁTRICO |  | OTROS: especificar |
| PSICOPEDAGÓGICO |  |  |

Especifique medicamentos que esté tomando regularmente el postulante:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

NOTA: Es requisito adjuntar a esta ficha los siguientes documentos:

* Certificado de Nacimiento ( de carga familiar)
* Informe escolar del año anterior
* Certificado de deuda del establecimiento educacional de procedencia
* Informe educacional del año anterior
* Informe de los especialistas externos que atienden o hayan atendido al postulante (en caso de ser necesario)
* 02 fotografías tamaño carnet

Todos los antecedentes e informes deben ser adjuntados antes de la fecha del examen de admisión del postulante

*Declaro que la información detallada es verdadera*

Nombre y Firma Apoderado Académic