



PRE -SOLICITUD DE INGRESO 2019

postulación
 reincorporación

1.- DATOS DEL POSTULANTE

Nombre Completo	
RUT	
Curso al que postula	
Fecha de Nacimiento	
Colegio Procedencia	

2.-DATOS DEL PADRE

Nombre Completo			
RUT		Fecha nacimiento	
Domicilio			Fono Domicilio
Profesión			Cargo
Institución en que trabaja			Giro empresa
Domicilio oficina			Teléfono trabajo
CELULAR		Mail	

3.-DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo			
RUT		Fecha nacimiento	
Domicilio			Fono Domicilio
Profesión			Cargo
Institución en que trabaja			Giro empresa
Domicilio oficina			Teléfono trabajo
CELULAR		Mail	

4.-RESPONSABLE ECONÓMICO

Papá Mamá Otro

5.- MATRIMONIO

Casado Separado Viudo
 Matrimonio Civil SI NO Fecha
 Matrimonio Religioso SI NO

Fallecido uno de los miembros _____
 Participación religiosa _____
 Parroquia que frecuentan _____
 Movimientos u organizaciones religiosa donde participan _____

6.- DATOS GENERALES DE LA FAMILIA

Número total de hijos			
Nombre	Fecha de nac.	Curso	Colegio

I.- ANTECEDENTES FAMILIARES

1.-Número de hermanos _____

4.- Relación del niño con sus hermanos _____

II.- ANTECEDENTES ESCOLARES

1.- Jardín de procedencia

2.- ¿Cuál fue su actitud al ir por primera vez al jardín?

3.- ¿Se adaptó fácilmente?

SI

NO

4.- Observaciones _____

III.- ANTECEDENTES DE SALUD

1.- Embarazo

2.- Parto

Normal

Prematuro

Fórceps

Cesárea

Prolongado con sufrimiento

Si

NO

3.- Estado del niño al nacer

4.- Otros aspectos del embarazo o parto

IV.- DESARROLLO PSICOMOTOR

1.- ¿A qué edad caminó?

2.- ¿A qué edad controló esfínter?

V.- DESARROLLO DE LENGUAJE

1.- ¿A qué edad comenzó a hablar?

2.- ¿Tiene algún trastorno de lenguaje?

SI

NO

Describir _____

3.- ¿Se encuentra bajo tratamiento?

SI

NO

VI.- ESTADO DE SALUD

1.- ¿Tiene algún régimen alimenticio especial?

SI

NO

¿Cuál? _____

¿Por qué? _____

2.- ¿Qué enfermedades ha tenido?

Físicas _____

Psicológicas _____

3.- ¿Es alérgico?

SI

NO

¿A qué? _____

4.- ¿Cuál es el estado actual de salud de su hijo(a)?

5.- ¿Tiene seguro de salud?

SI

NO

¿Dónde? _____

6.- Grupo Sanguíneo RH

7.- Vacunas al día

SI

NO

8.- Otros (cualquier aspecto relevante sobre el niño) _____