Solicitud de admisión PREESCOLAR

Foto Infantil reciente

Fecha:

1. DATOS GENERALES DEL ASPIRANTE

Nombre:	
Apellido *paterno* *Apellido materno* *Nombres (s)*	
Género: Femenino ( ) Masculino ( )	Fecha de nacimiento:
Edad:	CURP:
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:

Calle, no. Ext e Int:		
Colonia:	Alcaldía:	
Código Postal:	Ciudad:	Estado:

Escuela de Procedencia:	¿Cuántos años lleva en esa escuela?
Grado que cursa:	Grado que solicita:
Promedio académico:	Promedio conductual:
Persona de Referencia de la Escuela de Procedencia:	
Puesto:	Teléfono de contacto:

Tiene familia o amigos en el colegio:	¿Quiénes?
¿Alguien de la familia es exalumno?	¿Qué generación?
¿Recomendación o medio por el que se enteró del CM?:	

Razón por la que cambia de colegio:

Los siguientes datos, son de suma importancia para nosotros para conocer la historia de desarrollo de su hijo (a), les pedimos contestar con veracidad.

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre del **Padre**:	Edad:
Escolaridad:	Ocupación/Profesión:
Teléfono celular:	Teléfono fijo:
Correo electrónico:	

Nombre del **Madre**:	Edad:
Escolaridad:	Ocupación/Profesión:
Teléfono celular:	Teléfono fijo:
Correo electrónico:	

Hermanos:

Nombre	Edad	Escuela	Grado

¿Practican alguna religión?: Si ( ) No ( )	¿Cuál?

En caso de que su hijo(a) sea adoptado, ¿qué edad tenía cuando lo adoptaron?
¿Su hijo tiene conocimiento de su adopción?
¿Tienen alguna postura específica al respecto, que necesitemos conocer?

Estado civil de los padres:

Estado Civil	X	Desde que fecha
Casados		
Separados		
Divorciados		
Unión Libre		

Viudo (a)		

En caso de estar separados o divorciados:

Mamá		
Estado Civil	**X**	**Desde qué fecha**
Casada		
Unión Libre		
Soltera		

Papá		
Estado Civil	**X**	**Desde qué fecha**
Casado		
Unión Libre		
Soltero		

¿Con quién vive actualmente, la mayor parte del tiempo?
Describa brevemente la dinámica:

Además de padres e hijos, ¿viven otras personas en su casa?
¿Con quiénes?

Describa brevemente: ¿cómo es la relación del niño(a) con cada miembro de la familia?
Mamá:
Papá:
Hermanos:

3. HISTORIA DE DESARROLLO

¿Ha habido algún evento traumático en la familia durante el desarrollo de su hijo(a)?
Describa brevemente:

a) Historia prenatal, perinatal y postnatal

Describa las circunstancias físicas del embarazo (enfermedades, accidentes, amenaza de aborto, etc.):

¿La concepción fue? Natural ( ) Asistida ( )	
¿El nacimiento fue a término? Si ( ) No ( )	El parto fue: Natural ( ) Cesárea ( )
¿Durante el parto o después de éste, hubo alguna complicación? Si ( ) No ( )	
¿Cuál?	
¿Necesito incubadora? Si ( ) No ( )	¿Cuánto tiempo?
¿Cuánto pesó al nacer?	¿Cuánto midió?

b) Desarrollo en los primeros años

Relate brevemente los dos primeros años de vida de su hijo(a), en cuanto a alimentación, sueño, nivel de actividad, salud, carácter:

c) Desarrollo Motriz

Coordinación Motriz Gruesa		Mencione a qué edad empezó a:
Gatear:	Caminar:	Subir y bajar escaleras sin caerse:
Correr:	Saltar:	Comer solo:
Considera que su coordinación general es: Pobre ( ) Suficiente ( ) Buena ( ) Excelente ( )		

Coordinación Motriz Fina	Mencione a qué edad empezó a:
Tomar cosas en pinza (índice - pulgar):	Iluminar:
Recortar:	Escribir:
Lateralidad: Diestro ( ) Zurdo ( )	

¿Considera que su hijo (a) tiene destreza para los deportes?	
¿Practica regularmente algún deporte? Si ( ) No ( )	¿Cuál?

d) Desarrollo del lenguaje, visual y auditivo

¿Considera el lenguaje de su hijo (a) adecuado para su edad? Si ( ) No ( )

¿Comprende lo que dice? Si ( ) No ( )	¿Se expresa fácilmente? Si ( ) No ( )
¿Tartamudea cuando habla? Si ( ) No ( )	¿Tiene dificultades de pronunciación de algunas letras o palabras? Si ( ) No ( )

¿Ha asistido a alguna terapia de lenguaje? Si ( ) No ( )	¿A qué edad?	¿Durante cuánto tiempo?
Nombre de la terapeuta:	Si aún continúa en sesiones, datos del terapeuta:	

¿Ha experimentado algún problema a nivel visual? Si ( ) No ( )	
¿Cuál?	¿Usa lentes? Si ( ) No ( )
¿Los lentes los debe usar dentro del aula? Si ( ) No ( )	

¿Ha experimentado algún problema de oído? (operaciones, infecciones, etc.) Si ( ) No ( )
¿Cuál?

4. SALUD

¿Cómo describiría la salud de su hijo (a) actualmente?		
Estatura:	Peso:	Tipo de Sangre:

En caso de emergencia llamar a:	
Hospital en caso de emergencia:	Doctor:
Especialidad:	Teléfono:

Indique si ha presentado alguno de las siguientes dificultades	Si	No	¿Cuál?
Respiratorios			
Cardiovasculares			
Dermatológicos			

Digestivos			
Renales			
Cirugías			
Traumatismos			
Fracturas			
Tics			
Convulsiones			
Epilepsia			
Alergias			
Otros			

¿Padece alguna enfermedad o situación médica que requiera de atención especial? Si ( ) No ( )	¿Cuál?
¿Toma algún medicamento actualmente? Si ( ) No ( )	¿Cuál?

5. HISTORIA ESCOLAR

¿A qué edad fue por primera vez a la escuela?
Si ha tenido cambios de escuela, explique el motivo de dichos cambios y cómo ha sido su adaptación:
¿Cómo ha sido su aprovechamiento académico en los diferentes años escolares?
¿Considera que tiene problemas para el estudio?
¿Qué tan responsable es en sus tareas escolares y en el estudio en general?
¿Considera que su hijo tiene dificultad para concentrarse al momento de estudiar o de hacer tareas?
¿Qué materias se le facilitan?
¿Qué materias le cuestan más trabajo?

¿Cómo se relaciona con sus maestros y figuras de autoridad?
¿Le es fácil seguir las reglas del colegio?
¿Ha tenido reportes disciplinares? Si ( ) No ( ) | ¿Por qué motivo(s)?
¿Cómo se relaciona con sus compañeros?
¿Ha sido víctima de bullying en el colegio?

¿Ha recibido algún tipo de apoyo extraescolar? Si ( ) No ( )	
¿Por qué motivo?	¿Durante cuánto tiempo?

¿Ha asistido a terapia de aprendizaje? Si ( ) No ( )	¿Durante cuánto tiempo?
¿Por qué motivo?	¿Fue dado de alta? Si ( ) No ( )
Terapeuta:	Teléfono/email:

¿En algún momento le han pedido o realizado algún estudio psicopedagógico? Si ( ) No ( )	
¿Por qué motivo?	¿A qué edad lo realizaron?

¿En algún momento le han pedido o realizado algún estudio neurológico? Si ( ) No ( )	
¿Por qué motivo?	¿A qué edad lo realizaron?

* *En caso de haberlo realizado, es importante enviarlo al departamento de admisión.*

6. RASGOS PERSONALES (COMPORTAMIENTO, SOCIALIZACIÓN Y CARÁCTER)

¿Cómo describiría el carácter de su hijo (tranquilo, extrovertido, introvertido, explosivo, impulsivo, reflexivo, etc.)?

¿Considera que le es fácil o difícil seguir indicaciones?
¿Cómo describiría la adaptación social de su hijo(a) con personas de su misma edad?
¿Cómo describiría la adaptación social de su hijo(a) con adultos?
¿Tiene amigos? / ¿Tiene un mejor amigo?
En ambientes nuevos o desconocidos, ¿le es fácil hacer amigos?

¿Ha asistido a terapia emocional? Si ( ) No ( )	
¿Por qué motivo?	¿Durante cuánto tiempo?
Terapeuta:	Teléfono/email:

¿Ha asistido a talleres de habilidades sociales? Si ( ) No ( )	
¿Por qué motivo?	¿Durante cuánto tiempo?

¿Qué clase de intereses o actividades tiene su hijo(a)? (hobbies, deportes, arte, etc.)

¿Cómo describiría a su hijo en términos generales (cualidades y áreas de oportunidad)?

Nombre y firma de quien proporciona la información Parentesco

Los datos personales aquí detallados serán tratados de forma confidencial.