**INICIO DE GESTIÓN 2022**

Familia:

Nos dirigimos a ustedes para darles la bienvenida al proceso de inscripción de su hijo/a a esta Casa de Estudios.

Desde la Dirección y el Gabinete Psicopedagógico trabajamos sobre tres líneas fundamentales: Salud, Emociones y Educación. A través de esta interrelación constante, propiciamos la prevención y promoción de la salud bio-psico-social de los estudiantes, fortaleciendo procesos de enseñanza-aprendizaje centrados en la formación integral.

En este sentido, les solicitamos den respuesta a esta ficha, ya que iniciará el legajo del estudiante en este Gabinete del Colegio. Este material será recibido exclusivamente por profesionales, manteniéndose en absoluto resguardo la información allí brindada. El fin de la misma es lograr un conocimiento de su hijo/a, que nos permita desde nuestro rol profesional, favorecer una mejor adaptación, integración y acompañamiento del niño/a a lo largo de su trayecto educativo. Por tal razón, es fundamental que respondan con total veracidad y la mayor amplitud posible.

Esta ficha deberá ser presentada en los días y horarios establecidos de los estudiantes ingresantes.

Agradeciendo desde ya su participación en la educación de su hijo/a, les saludamos con atenta consideración.

**Lic. Verónica Terrazas Casanova**

**DIRECTORA**

**DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE:**

APELLIDOS Y NOMBRE:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO:

CURSO: COLEGIO ANTERIOR:

NÚMERO EN CASO DE EMERGENCIA, (3 NÚMEROS MÍNIMO):

FOTO 4x4 PEGADA

**GRUPO FAMILIAR**

**\*PADRE:** Apellidos y Nombres:

Edad:

Cel: E-mail:

Nacionalidad: Ocupación:

Estudios Primarios Secundarios Técnico/Universitarios Completos Incompletos

**\*MADRE:** Apellidos y Nombres:

Edad:

Cel: E-mail:

Nacionalidad: Ocupación:

Estudios Primarios Secundarios Técnico/Universitarios Completos Incompletos

**\*HERMANOS/AS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **EDAD** | **ESTUDIOS /OCUPACIÓN** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

(\*) Por favor especificar si tiene hnos. en el Colegio aclarando curso

**SITUACIÓN FAMILIAR**

\*¿Quiénes viven en la casa? Especifique cual es el vínculo con el estudiante

\*¿Con quién está el niño/a la mayor parte del tiempo en su hogar?

\*¿Cómo se relaciona con?

Padre:

Madre:

Hermanos:

Otros:

\*¿Están o han estado los padres separados?

\*Edad del estudiante en el momento de separación de los padres:

\*¿Han constituido los padres una nueva pareja?

\*¿Hay algún miembro del grupo familiar o persona significativa para el estudiante que padezca alguno tipo de enfermedad considerada grave o que puede ser hereditaria?

\*¿Hay algún miembro del grupo familiar o persona significativa para el alumno que haya fallecido?

SI NO ¿quién? Fecha:

Causa:

**ANTECEDENTES ESCOLARES**

\*¿Dónde cursó la escuela inicial?: Colegio y grados cursados:

\* Motivos del cambio:

¿Dónde cursó la escuela primaria?: Colegio y grados cursados:

 Motivos del cambio:

\*¿Ha vivido algún cambio de domicilio?

Motivo:

\*¿Repitió algún grado? SI NO Cuál:

Motivo:

\*Describa cómo fue el desempeño de su hijo/a durante toda su etapa escolar hasta hoy (fortalezas, dificultades, etc.)

\*Describa cómo se sintió su hijo/a con sus compañeros y docentes durante toda esta etapa escolar hasta hoy (vínculos, integración, comunicación, etc.)

\*Describa características generales de su hijo/a en relación a cómo fue su forma de estudio en el hogar durante toda esta etapa escolar hasta hoy

\*Describa qué cambios en la forma de estudiar considera que serán necesarios que su hijo adopte en este colegio

\*¿Le ayuda alguien en sus estudios en casa? SI NO ¿Quién?

\* ¿Cuantas horas dedican a las actividades escolares?

\*¿Por qué decidió ingresar a su hijo/a al Colegio Las Palmas School?

Le decisión de ingresar fue del estudiante: familiar: ambas:

\*¿Realiza o realizó otros estudios? (idiomas, artísticos, etc.): SI NO Especifique cuáles:

\*¿Qué dedicación en tiempo semanal le demanda en la actualidad sus rutinas extraescolares?

\*¿Qué le gusta a su hijo/a hacer en su tiempo libre?

\*¿Cuáles son sus juegos o entretenimientos preferidos de su hijo/a?

¿Prefiere jugar solo/a? SI NO

¿Tiene amigos? SI NO ¿Cómo se relaciona con ellos?

\*¿Pertenece a algún grupo? (social, deportivo, religioso) SI NO

Especifique nombre, lugar y frecuencia semanal de asistencia:

\*¿Qué actividades desarrolla su hijo/a por internet? ¿En dónde las realiza? (teléfono, computadora, etc.)

\*¿Qué redes sociales utiliza? Especifique

\*¿Cuánto tiempo le dedica a estas actividades virtuales?

\*¿Qué lugar como padres asumen frente al desarrollo de actividades virtuales de sus hijos? (supervisión, diálogo, formación, control)

**ANTECEDENTES PSICO-FÍSICOS**

\*¿Tuvo alguna dificultad en el nacimiento? Especifique:

\*¿Qué enfermedades ha padecido o padece el niño/a?

\*¿Recibe tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?

\*¿Toma alguna medicina? SI NO ¿Cuál?

\*¿Ha tenido accidentes graves? SI NO Indique características del mismo y sus consecuencias:

\*Indique las operaciones que haya tenido y en qué fecha:

\*¿Tiene problemas de visión? SI NO ¿usa anteojos? SI NO

Indique qué tipo de problemas en la visión:

\*¿Tiene problemas de audición? SI NO Especifique:

\*¿Tiene dificultades al hablar? SI NO Indique de qué tipo (tartamudez, ceceo, voz gangosa, otros)

\*¿Tiene o ha tenido dificultades en la motricidad fina o gruesa? SI NO

Especifique:

\*¿Presenta hábitos nerviosos? SI NO

Especifique:

\*¿Presenta dificultades en su alimentación? SI NO

Especifique:

\*¿Cuántas horas duerme diariamente su hijo/hija?

\*¿Cómo duerme? Tranquilo sufre pesadillas sonambulismo otros

\*¿Comparte su habitación con alguien, quién?

\*¿Su hija ha tenido su primera menstruación? SI NO ¿A qué edad?

\*¿Presenta o ha presentado enuresis (\*)? SI NO hasta qué edad?

*(\*) Emisión involuntaria y repetida de orina en edades en las que debería existir un control de esfínteres*

\*Ha recibido o recibe tratamiento:

Psicológico psicopedagógico fonoaudiológico neurológico nutricional otros

Explicite motivos de consulta y/o tratamiento, indicando fecha y duración:

*(\*) Si el niño o niña tuviese informe diagnóstico por favor adjuntar a la documentación*

\*Describan cómo es su hijo/hija

\*¿Qué cambio imaginan que devendrán en su hijo/hija en esta nueva etapa escolar?

\*¿Cómo imaginan la escolaridad de su hijo en este colegio?

\*¿Qué desean que su hijo/hija logre en este colegio?

\*¿Desean agregar alguna otra información que Uds. consideren necesaria y en la cual no hayan sido consultados?

Firma y aclaración

de quienes completaron la ficha

¡MUCHAS GRACIAS!

**Autorización para la publicación de imágenes de los estudiantes**

Estimadas Familias:

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad escolar solicitamos su consentimiento para poder publicar imágenes en nuestras redes sociales a las que tenemos acceso como institución educativa (Web, Facebook, Instagram, Whatsapp, etc.) en las cuales pueda aparecer individualmente o en grupo su hijo/a exclusivamente realizando actividades pedagógicas y de recreación planificadas por el colegio a favor de la educación y formación académica, social y emocional de nuestros estudiantes.

Le agradecemos marcar la opción de su preferencia y firmar con aclaración la nota siguiente:

Por la presente y como Madre/Padre/Tutor del estudiante……………………..………………………………………………………………….

del curso ……………………………………………………………………………..

 **SI NO autorizo** **al Colegio** el uso de las imágenes realizadas en actividades pedagógicas, lectivas, complementarias y recreativas organizadas por el Colegio Las Palmas School, para ser publicadas en los sitios web del mismo, así como también filmaciones destinadas a difusión educativa y/o fotográfica para revistas, redes sociales o publicaciones del ámbito educativo.

FIRMA

Aclaración………………………………………………….