



IMPORTANTE: CUALQUIER FALTA DE VERACIDAD EN LOS DATOS PROPORCIONADOS PODRÍA INVALIDAR LA SOLICITUD

FICHA PERSONAL DEL POSTULANTE

Persona referente: _____

Parentesco con el estudiante: _____ Fecha: ___/___/2016

1. Datos del postulante:

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

PAÍS DEPARTAMENTO PROVINCIA DISTRITO

Dirección domiciliaria actual: _____

Teléfono _____

Antecedentes escolares

N°	Colegios a los que asistió	Grados que cursó	Motivo de egreso
1			
2			
3			

2. Datos familiares:

De los padres

	Padre	Madre
Nombre		
¿Vive?	<input type="checkbox"/> Sí Edad actual _____ <input type="checkbox"/> No Edad deceso _____	<input type="checkbox"/> Sí Edad actual _____ <input type="checkbox"/> No Edad deceso _____
Grado de instrucción		
Profesión		
Ocupación actual		
Centro de trabajo		
Lugar de trabajo	Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____	Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____
Teléfono de trabajo		
Estado Civil actual		
Observaciones		

De los hermanos (De mayor a menor)

Apellidos y nombres	Edad	Centro de estudios/ocupación	¿Vive con el postulante?

De composición y organización familiar

Separación de los padres <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, Año _____ Divorcio de los padres <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, Año _____ La tenencia del niño está a cargo de _____	El padre vive con el postulante <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí La madre vive con el postulante <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Nota: si alguno de los padres trabaja fuera del ciudad, pero vuelve periódicamente, debe marcar "sí".
--	---

¿Alguien más vive con el postulante en el hogar (además de padre, madre o hermanos)?

Apellidos y nombres	Edad	Parentesco/afinidad	Centro de estudios/ocupación

¿Quién acompaña al estudiante fuera del horario escolar?

3. Pre natal y post natal (primeros años):

Embarazo: Normal Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____
 Gestación en meses: _____
 Parto: Normal Cesárea Complicaciones ¿cuáles?, especifique: _____
 Peso al nacer: _____ Kg. Talla al nacer: _____ cm.
 Primeros años: Gateó No Sí, edad _____
 Edad de los primeros pasos: _____
 Edad de las primeras palabras: _____
 Dejó el pañal de día: No Sí, edad _____
 Dejó el pañal de noche: No Sí, edad _____

4. Antecedentes de salud:

Salud de la infancia (Marque enfermedades que padeció)
 Paperas rubéola varicela sarampión hepatitis tifoidea asma

Alergia a alimentos, medicinas, otros (especifique) _____
 Convulsiones (Causa – tratamiento) _____
 Problemas visuales: No Sí, especifique _____ Tratamiento _____
 Problemas auditivos: No Sí, especifique _____ Tratamiento _____

Otras:

Accidentes, traumatismos	Edad	Reacción - tratamiento

Intervenciones quirúrgicas - motivo	Edad	Reacción - tratamiento

Atención neurológica - motivo	Edad	Tratamiento

Atención psicológica o psiquiátrica - Motivo	Edad	Reacción - tratamiento

Sueño

¿Duerme solo en su dormitorio? Sí No, duerme con _____
Suele tener pesadillas terror nocturno somnolencia durante el día
 Insomnio habla dormido rechina los dientes

¿Le teme a la oscuridad?
¿Cuántas horas duerme usualmente? _____

Hábitos de alimentación, recreación y descanso

¿Tiene buen apetito? Sí No, ¿a qué horas come usualmente? _____
¿Se chupa el dedo? Sí No ¿Se muerde las uñas? Sí No
Tiempo aproximado que ve televisión diariamente _____
¿Qué programas prefiere? _____
Tiempo aproximado y frecuencia de uso de video-juegos _____
Tiempo aproximado y frecuencia de uso de internet _____
¿Qué páginas o sitios web suele visitar? _____

- 5. ¿Cómo describen a su hijo?
- 6. ¿Por qué han decidido hacerlo postular a este colegio? ¿Qué los motivó?
- 7. Presentó dificultad en
 - a. Atención-concentración: _____
 - b. Lenguaje: _____
 - c. Coordinación Motora gruesa/fina: _____
- 8. Información Adicional: Consigne la información sobre el postulante que ustedes crean importante para conocer su contexto familiar y de desarrollo.

Firma del Padre

Firma de la Madre