



FICHA DE INGRESO

I.- DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo	:	
Fecha de Ingreso	:	
Fecha de Nacimiento	:	
Sexo	: F M	R.U.T: Nacionalidad:
Idioma Materno	:	
Domicilio	:	
Comuna	:	Teléfono:
Ha asistido a otro Jardín:	Sí No ¿A Cuál?	Tiempo de permanencia:
Nivel Matriculado Pulmahue Montessori:		
Jornada	:	Medio día

II.- ANTECEDENTES PADRES

Nombre de la madre	:	
R.U.T	:	Fecha de nacimiento: / /
Nacionalidad	:	Teléfono:
Lengua nativa	:	Segunda lengua:
Nivel Educacional	:	Actividad o profesión:
Lugar de trabajo	:	
Horario de Trabajo	:	Teléfono:
E-mail	:	
Nombre de la Padre	:	
R.U.T	:	Fecha de nacimiento: / /
Nacionalidad	:	Teléfono:
Lengua nativa	:	Segunda lengua:
Nivel Educacional	:	Actividad o profesión:
Lugar de trabajo	:	
Horario de Trabajo	:	Teléfono:
E-mail	:	

III.- DATOS FAMILIARES

Situación Conyugal de los padres : _____

Personas que viven con el niño/a : _____

Nombres y Edades de los Hermanos : _____

IV.- DATOS DE SEGURIDAD

En caso de emergencia y no encontrarse los papás avisar a:

Nombre : _____

Teléfono : _____

Relación con el niño/a : _____

Nombre : _____

Teléfono : _____

Relación con el niño/a : _____

Nombre : _____

Teléfono : _____

Relación con el niño/a : _____

En caso de accidente escolar grave, indicar a que servicio de urgencia deberá ser trasladado:

PERSONAS QUE PUEDEN RECOGER AL ALUMNO DEL JARDÍN (ADEMÁS DE LOS PADRES)

Nombre :	Teléfono:
Relación con el niño/a :	R.U.T:
Nombre :	Teléfono:
Relación con el niño/a :	R.U.T :
Nombre :	Teléfono:
Relación con el niño/a :	R.U.T :

CONSULTAS A RESPONDER:

Describan los rasgos más relevantes de su hijo o hija: personalidad, sociabilidad y desarrollo en general:
Respuesta:
¿Qué espera del Jardín Infantil?:
Respuesta:
¿Por qué decidió postular a nuestro jardín?
Respuesta:
¿Conoce sobre nuestra metodología? Si no conoce, describa lo que le gustaría aprender sobre el método.
Respuesta:
En el jardín se conforma año a año un comité de convivencia escolar para educar para la paz, el respeto a los otros, la cohesión social, la cooperación y la solidaridad. Indique si desea ser parte de este comité, indicando sus razones.
Respuesta:

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR A FICHA DE INGRESO:

- Anamnesis
- Certificados de especialistas referente a diagnósticos y tratamientos anteriores o actuales, según lo declarado en anamnesis en Punto VIII. “Otros antecedentes”.
- Si aplica, Informe educacional de desarrollo y social de jardín de procedencia (Informe de personalidad).
- Certificado médico en caso de padecer alergias alimentarias.
- 1 Certificado de nacimiento

ANAMNESIS

I. DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo : _____

Fecha de Nacimiento : _____

Sexo : F M R.U.T: _____ Nacionalidad: _____

II. ANTECEDENTES INFORMANTES

Nombre completo : _____

Relación con el niño(a) : _____

Nombre completo : _____

Relación con el niño(a) : _____

III. ANTECEDENTES DE DESARROLLO Y SALUD

Parto de término : Sí No

Tipo de parto : Natural Cesárea

Enfermedades durante el embarazo: _____

Peso al nacer : _____ Medida al nacer _____

Duración lactancia materna: _____

A qué edad : Afirmó la cabeza

Se sentó solo

Gateó

Camino sin apoyo

Primeras palabras

Comió solo

Control de esfínter vesical (orina)

Control de esfínter anal

IV. SALUD

Estado de salud general del niño(a)

Enfermedades graves y/o hospitalizaciones

Condiciones de salud especiales (Diabetes, alergias detectadas, problemas auditivos, etc.)

Tratamientos médicos

En caso de temperatura ¿Qué antipirético usa? ¿A qué temperatura?:

¿Ha sufrido golpes o caídas con pérdida de conocimiento?:

Observaciones relevantes desarrollo y salud:

V. ALIMENTACIÓN

Acepta comida con agrado	:	Sí	No		
Horario de alimentación	:	Desayuno			
		Almuerzo			
		Once			
		Cena			
Leche que consume	:	Purita	Nido etapas	Materna	Otra
¿Cuál?					
Restricciones					

VI. HABITOS DE SUEÑO:

Hora de dormir :	Hora de despertar:		
¿Cuántas horas duerme?:	¿Duerme toda la noche?:		
Duerme siesta:	Sí	No	Horario
Tipo de sueño, requerimientos especiales, dificultad al dormir, otros			
¿Duerme solo?:	Sí	No	¿Con quién?

VII. OTROS ANTECEDENTES

Ha vivenciado algún cambio importante durante este último tiempo (Cambio de rutina en casa, nacimiento hermanos, cambio de jardín o ciudad, etc.

¿El niño(a) ha asistido a evaluación y/o tratamiento con algún especialista? Marque con una x.

Neurólogo Infantil	☐	Psicólogo Infantil	☐
Terapeuta Ocupacional	☐	Psiquiatra Infantil	☐
Fonoaudiólogo	☐	Otro ¿Cuál?	

En caso de ser así, adjuntar informe de profesional correspondiente al momento de entregar carpeta con antecedentes solicitados.