



INSTITUTO ALCÁZAR SARAPEVA S.C.

CEDULA DE INSCRIPCIÓN

Fotografía
Reciente

Nivel _____ Grado _____

DATOS DEL ALUMNO (A)

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento _____			
FECHA DE NACIMIENTO DÍA /MES/ AÑO _____	EDAD AL 1° DE DIC. _____	CURP _____			
SEXO _____	GRUPO SANGUÍNEO _____	R H _____	RELIGIÓN _____		
DOMICILIO _____	Calle y número _____	Colonia _____			
CÓDIGO POSTAL _____	ESTADO _____	TELÉFONO CASA _____	No. DE HERMANOS _____		
LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____	Vive con _____	Los papás, ¿viven juntos? _____	Si _____ No _____		
BECA _____	Si _____ No _____	TIPO SEER _____	ESCOLAR _____	MONTO _____	\$ _____

DATOS ESCOLARES (donde realizó estudios anteriores):

Años cursados de Preescolar _____ Escuela (s) _____

Primaria (grados) _____

¿Tiene hermanos en esta escuela? _____

	Nombre (s)	Grado	Nivel
1.			
2.			
3.			

DATOS DEL PADRE

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCCUPACIÓN ACTUAL _____
EMPRESA _____		TELÉFONO _____
DIRECCIÓN _____		PUESTO _____
CORREO ELECTRÓNICO _____		TELÉFONO CELULAR _____

DATOS DE LA MADRE

Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombre(s) de acuerdo al acta de nacimiento _____
EDAD _____	ESCOLARIDAD _____	OCCUPACIÓN ACTUAL _____
EMPRESA _____		TELÉFONO _____
DIRECCIÓN _____		PUESTO _____
CORREO ELECTRÓNICO _____		TELÉFONO CELULAR _____

FICHA DE SALUD

PROCESO DEL EMBARAZO: Normal _____ Alguna complicación _____

PARTO: Natural _____ Cesárea _____ Prematuro _____ Fórceps _____ Otro _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS A LAS QUE HA SIDO SOMETIDO (A): _____

Especifique y proporcione fechas

ACCIDENTES SUFRIDOS: _____

Especifique y proporcione fechas

ENFERMEDADES CRÓNICAS: _____

Especifique y proporcione fechas

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO: Hepatitis _____ Meningitis _____ Neumonía _____

Otras: _____ Influenza _____ Ortopédicas _____

ALERGIA A MEDICAMENTOS O ALIMENTOS: _____

Especifique e indique desde qué fecha

¿TOMA PERMANENTEMENTE MEDICAMENTOS? _____

¿CUÁLES? _____

ANOTE LA EDAD EN QUE SU HIJO(A) LOGRÓ LOS SIGUIENTES ÍTEMES DEL DESARROLLO:

Levantar la cabeza _____ Sentarse por sí mismo _____ Colocarse boca abajo y arrastrase _____ Gatear _____ Caminar _____ Saltar en dos pies _____ Saltar en un pie _____ Correr _____ Controlar esfínter anal _____ Controlar esfínter urinario _____ ¿A qué edad pronunció su primera palabra? _____ ¿A qué edad logró expresarse de forma comprensible? _____ A qué edad adquirió la lecto-escritura? _____

CONTESTE "SÍ" O "NO" SEGÚN CORRESPONDA:

¿Sufre accidentes con frecuencia? Sí _____ No _____ ¿Se expresa con claridad actualmente? Si _____ No _____ ¿Se ha dado cuenta cuáles son las letras que se le dificulta pronunciar? _____ ¿Lee con fluidez? Sí _____ No _____ En algún momento de su historia académica, le han reportado problemas con: ¿Períodos de atención? Sí _____ No _____; ¿Comprensión lectora? Sí _____ No _____ ¿Razonamiento lógico-matemático? Sí _____ No _____ ¿Memoria? Sí _____ No _____ ¿Presenta dificultad para pronunciar letras? Sí _____ No _____; ¿Cuáles? _____ ¿Su peso tiende a estar por arriba del promedio? Sí _____ No _____ Muestra preferencia por alimentos como: _____

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA LAS CONDUCTAS DE SU HIJO (A):

Su sueño es: Tranquilo _____ Inquieto _____ Con pesadillas _____ Suficiente _____ Insuficiente _____

Su carácter es: Sereno _____ Explosivo _____ Expresivo _____ Poco afectivo _____. Generalmente manifiesta un estado de ánimo: Alegre, festivo _____ Triste, depresivo _____ Molesto, enojado _____ Amable _____

Generalmente su salud ha sido: Óptima _____, sólo ha presentado las enfermedades propias de la infancia; Débil _____, se enferma con frecuencia _____ Presenta problemas dentales _____ ó problemas estomacales con frecuencia _____

Presenta problemas respiratorios con frecuencia _____.

OBSERVACIONES:

ANOTE EN ESTE ESPACIO CUALQUIER SITUACIÓN RELACIONADA CON SU HIJO(A) DE LA CUAL NOSOTROS TENDRÍAMOS QUE ESTAR EN CONOCIMIENTO Y LA FORMA EN QUE ESPERA PODAMOS APOYARLE EN LA ESCUELA

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Autorizamos a las siguientes personas a recoger a nuestro hijo a la salida de la institución y a ser solicitados en caso de emergencia:

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO	TELÉFONO CELULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

San Luis Potosí a _____ del mes _____ del año _____

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN. LA INFORMACIÓN QUE NOS HA PROPORCIONADO SERÁ TRATADA DE FORMA CONFIDENCIAL Y SÓLO EL DOCENTE DE GRUPO Y LA DIRECCIÓN ESCOLAR TENDRÁN CONOCIMIENTO DE ELLA, PARA ESTAR EN CONDICIONES DE APOYAR EN CASO NECESARIO. SI ALGUNO DE LOS PUNTOS ANTERIORMENTE MENCIONADOS DEBE MODIFICARSE DURANTE EL CICLO ESCOLAR, FAVOR DE HACERLO SABER A LA DIRECCIÓN ESCOLAR A LA BREVEDAD.