

Ficha de entrevista inicial



Fecha de inscripción: Fecha de inicio:
Sección: Sala:
Servicio educativo de procedencia:
Apellido y nombres del niño/a:
DNI: Nacionalidad:
Fecha de nacimiento: Edad:
Domicilio: Localidad:
Teléfono fijo: E-mail:

Tipo de vivienda: Casa Departamento

¿Comparte la vivienda? ¿Con quién/nes?

¿Tiene hermanos? ¿Cuántos? Edades:

Juegos preferidos:

¿Mira televisión? ¿Cuánto tiempo diario?

Programas preferidos:

En caso de emergencia, autorizamos el traslado de nuestro hijo a:

..... Domicilio:

..... Domicilio:

RED PARENTAL

Situación conyugal:

Apellido y nombres del padre: Apellido y nombres de la madre:

.....DNI: DNI:

Nacionalidad: ¿Vive? Nacionalidad: ¿Vive?

Ultimo nivel de instrucción alcanzado: Ultimo nivel de instrucción alcanzado:

.....

Profesión: Profesión:

Ocupación: Ocupación:

Horario de trabajo: Horario de trabajo:

Horarios habituales que comparte con su hijo/a: Horarios habituales que comparte con su hijo/a:

.....

Domicilio: Domicilio:

Tel. fijo y celular: Tel. fijo y celular:

Domicilio laboral: Domicilio laboral:

Teléfono: Teléfono:

Apellido y nombres del tutor/responsable:

DNI: Nacionalidad:

De ser necesario incorporar constancia de restricción judicial para retirar al niño/a del establecimiento.





A completar por el médico pediatra de cabecera

Salud del niño/a:
Parto: Normal: Cesárea:
Semana de gestación en que se produce el parto:
Médico Pediatra de cabecera, Dr.:
Domicilio: Teléfonos:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
Especifique:
Durante los últimos 3 años, ¿fue internado alguna vez?
Causas:

¿Ha sido sometido quirúrgicamente alguna vez?
Especifique:

Otros problemas de salud:
Enfermedades infectocontagiosas padecidas a la fecha:
¿Presenta alguna limitación física?
Especifique:

¿Tiene algún tipo de alergia?
¿Recibe tratamiento?
Describa manifestaciones:

Vacunación obligatoria: Completa: Incompleta Sin datos:

Otras observaciones que deseen realizar:
.....
.....

La totalidad de los datos e información suministrada por quienes suscriben tiene carácter de Declaración Jurada y se comprometen a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos en forma inmediata y de manera fehaciente.

Lugar y fecha

.....
Sello y firma del médico

 Firma del padre:  Firma de la madre:
Aclaración: Aclaración:
DNI: DNI: