



COLEGIO SAN AGUSTÍN

TEL. 253-9563/73. CEL. 64407706

COSTA VERDE-LA CHORRERA

www.sanagustincostaverde.com E-mail: sanagustincostaverde@gmail.com

PP. AGUSTINOS

NOTA: se recomienda escribir los datos con letra de imprenta y rellenar todos los campos del formulario

FORMULARIO DE ADMISIÓN

Año escolar: _____

La Chorrera, ____ de _____ de _____

DATOS DEL ASPIRANTE

1er. Apellido

2do. Apellido

Nombres

Documento de identidad N° _____

Se inscribe para el grado de: _____ Edad cumplida al 1 de marzo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

Dirección de residencia: _____

Tel: _____ Celulares: _____

¿Con quién vive el aspirante? _____

Anterior centro de estudios: _____

Tipo de sangre: _____ Alergias: _____

_____ Medicamentos: _____

Aspectos de aprendizaje a tener en cuenta: _____

DATOS FAMILIARES

PADRE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres
---------------	---------------	---------

Cédula: _____ Religión: _____

Profesión: _____

Trabajo: (Empresa, negocio, u oficio actual) _____

Dirección del trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección de la residencia: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ E-mail: _____

MADRE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres
---------------	---------------	---------

Cédula: _____ Religión: _____

Profesión: _____

Trabajo: (Empresa, negocio, u oficio actual) _____

Dirección de trabajo: _____ Teléfono: _____

Dirección de la residencia: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Los Padres están:

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Separados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Unidos	<input type="checkbox"/> Viudos
----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Otros hermanos en la casa:

Nombre	Sexo	Edad

ACUDIENTE

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres
---------------	---------------	---------

Cédula: _____ Religión: _____
Parentesco: _____
Profesión: _____
Trabajo. (Empresa, negocio, u oficio actual) _____
Dirección del trabajo: _____ Teléfono: _____
Dirección de la residencia: _____ Teléfono: _____
Celular: _____ E-mail: _____

DATOS CLÍNICOS GENERALES DEL NIÑO

Con quién vive el niño _____
Otras personas que viven en la casa _____
Comportamiento General del Niño _____
Temperamento _____
Temores _____
Se come las unas? _____ Se chupa el dedo _____ Toma biberón _____
Controla esfínteres durante el día? _____ Se moja la cama? _____
Es nervioso (a) _____ Es agresivo _____ Es inquieto _____
Es tímido? _____ Es terco? _____ Manera usual de portarse mal? _____
Forma de disciplinar al niño _____

Reacción típica del niño al disciplinarlo? _____

Quién le disciplina en casa? _____

Cómo se relaciona con sus hermanos y amigos? _____

Patrón del Aprendizaje

Edad en años y meses, cuando empezó a hablar _____

Tiene alguna dificultad en el habla actualmente? _____

Explique _____

Se viste solo? _____ Come solo _____

Juegos o aficiones culturales (incluya programa de TV) _____

tipos de lectura _____

Quién le lee? _____

Historia Familiar

Ha tenido el niño(a) pérdida de un ser querido o personas con que tuviera fuertes lazos afectivos? _____ explique _____

Historia Médica Pertinente

Tuvo la madre un embarazo normal sin complicaciones? Sí _____ No _____

Explique _____

Parto natural _____ cesárea _____ le aplicaron forcep _____

Duración de la labor del parto _____

Hubo alguna intervención médica inmediata o posterior al nacimiento del niño?

De que índole? _____

Alguna vez tuvo fiebres muy altas o causa de alguna infección _____

Por cuántos días _____ Sufrió convulsiones a causa de fiebre alta? _____

Qué edad aproximada tenía el niño(a) _____

Ha sufrido alguna enfermedad o accidente que haya requerido hospitalización _____

Cuántos días permaneció hospitalizado? _____

Qué tipo de enfermedad padeció? _____

Ha tenido alguna operación que requiere hospitalización? _____ cuantos días? _____

A qué edad? _____ Consecuencias posteriores _____

Es alérgico a algún medicamento? _____ Cuál? _____

NECESIDADES ESPECIALES: Sí _____ No _____ por diagnosticar _____

Tiene algún diagnóstico por algún especialista: explique. _____

De la Escuela

Quién lo refirió _____

Razones por la cual, lo matriculó en esta escuela _____

Qué expectativas espera encontrar para su hijo en este Centro Escolar? _____

Para los Padres

Usted como padre o madre tiene algún conocimiento, talento o área de estudio (artístico u otro) que estaría dispuesto a compartir con la escuela?

Cuál? _____

Autorizaciones

Que persona o autobús recogerá a su hijo a la salida de la escuela?

En caso de que estos no puedan a quién autoriza? _____

Lo avisaría previamente? _____

Recuerde que para salidas fuera de la escuela (excursiones, paseos, cumpleaños u otras actividades, se le solicitará previa autorización de usted, firma).

Fecha de entrega de este documento _____

DATOS ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES

Firma del Padre

Firma de la Madre

Firma del Acudiente