



Escuela: Localidad:

Docente:

Sección: Turno:

Fecha de la entrevista: / /

Informante (Apellido, nombre y parentesco):

DATOS DEL NIÑO / A

Apellido y Nombre (Completo):

Nombre por el cual se lo llama y/o apodo:

Fecha de Nacimiento: / / DNI N°:

Lugar de Nacimiento: Provincia: País:

Domicilio:

Teléfono particular:

Teléfono celular de dos referentes familiares:

.....

.....

Teléfonos a los cuales recurrir en caso de emergencias (consignar al menos dos):

.....

.....

.....

.....

Obra Social:

Centro Asistencial-Hospital al que concurre:

Médico Pediatra:

Grupo Sanguíneo:

¿Tiene experiencia de escolaridad previa? (Explícite en qué institución, si completó el ciclo, cómo transitó la misma)

.....

.....

.....

.....

.....



FAMILIA

Apellido y Nombre	Parentesco	¿Es conviviente? (si no lo fuera consignar domicilio)	Edad	Adultos				D.N.I	
				Ocupación	Nacionalidad	Habla / lee español	Estudios Cursados		
Apellido y Nombre	Parentesco	¿Es conviviente?	Edad	Menores				Turno	
				Sección / Grado / Año	Escuela				



¿Quiénes son los responsables legales del niño/a? (Solo consignar los siguientes datos en caso de que sean personas diferentes a los adultos mencionados anteriormente).

Table with 6 columns: APELLIDO Y NOMBRE, DNI, EDAD, NACIONALIDAD, OCUPACIÓN, TELEFONO

¿Quiénes son los adultos autorizados a retirar al niño de la Institución?

Table with 5 columns: APELLIDO Y NOMBRE, DNI, EDAD, VÍNCULO CON EL NIÑO, TELEFONO

¿Perciben asignación universal por hijo? SI - NO

¿Percibe asignación familiar? SI - NO .Certificado de escolaridad para entregar en: A nombre de:

SALUD

¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? (epilepsia, diabetes, celiaquía, asma, etc.). ¿Cuenta con diagnóstico médico?

¿Recibe tratamiento? ¿De qué tipo? Consignar nombre del profesional tratante.

¿Toma alguna medicación habitualmente? ¿Cuál? ¿Requiere algún cuidado especial?

¿Padece algún tipo de alergia? ¿A qué? ¿Cómo actuar en caso de crisis?



¿Tuvo algún accidente que crea relevante mencionar? (Consignar secuelas o consideraciones a tener en cuenta a partir del mismo)

.....

DESARROLLO-ETAPA POSTERIOR AL NACIMIENTO

¿Presenta algún tipo alteración en el desarrollo? (lenguaje, motricidad, juego, control de esfínteres, alimentación). ¿Es atendido por algún profesional de la salud en relación a los aspectos antes mencionados? ¿Cuenta con algún diagnóstico? (Consignar datos de los profesionales tratantes)

.....

ACTIVIDADES COTIDIANAS

¿Cómo es el día del niño/a?

.....

¿Hay algún otro dato que considere significativo referir? (alimentación, sueño, control de esfínteres/higiene)

.....

ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO/A

Describe brevemente cómo es el niño/a (con quién se relaciona más, qué tipo de juegos y juguetes prefiere, qué otras actividades son de su agrado, cómo responde a los límites)

.....



OTROS

¿Manifiesta miedos? ¿A qué? ¿Cómo los manifiesta?

.....

¿Se preocupa por el cuidado de su cuerpo? ¿Evita peligros?

.....

¿De qué manera afronta la familia temáticas como: género, cuidados del cuerpo, límites? (ESI)

.....

EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA ESCUELA

¿Qué espera la familia para este año escolar respecto a la institución y al docente? ¿Cómo puede acompañar al niño/a y a la institución para que esas expectativas se cumplan?

.....

¿Qué otra información cree importante agregar? (Características o restricciones religiosas, culturales, por ejemplo)

.....

Firma del/la entrevistado/a

Firma del/la docente



AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN

A quien corresponda,
Por medio de la presente, quien suscribe (Nombres y Apellidos)

Documento Tipo (DNI - LC - LE- Pasaporte)

Número (marcar lo que corresponda)

SI NO AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE al Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia del Chubut, de el/la MENOR (Nombres y Apellidos)

Documento Tipo. Número

FIRMA

ACLARACIÓN

LUGAR FECHA