



COLEGIO GUATEMALTECO BILINGÜE
0 avenida 0-00 zona 16, ACATÁN, SANTA ROSITA
TELÉFONO 22559540 / 22559543
colguatemalteco_bilingue@yahoo.com

FOTO

PRE-SOLICITUD PARA INGRESO A KINDERGARTEN AÑO: _____

DATOS DEL ALUMNO

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre completo del padre: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono: _____

No. De Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Título profesional o nivel académico (grado más alto que haya cursado)

Empresa o Institución donde trabaja

Puesto que desempeña: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre completo de la madre: _____

Dirección de Residencia: _____ Teléfono: _____

No. De Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Título profesional o nivel académico (grado más alto que haya cursado)

Empresa o Institución donde trabaja

Puesto que desempeña: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

PRE - NATAL

¿Cuál fue el número de embarazo con su hijo? _____

Enfermedades durante el embarazo, dificultades y/o accidentes:

HISTORIA DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR

Dificultades, tendencia a caerse o golpearse SI / NO

Habilidades para correr _____ saltar _____ pararse sobre un pie _____

Dominancia lateral manual: IZQUIERDA _____ DERECHA _____

HABLA

Dificultades para pronunciar (subraye) omisión, sustitución o distorsión de fonemas

¿Cómo es su pronunciación?

Reacciona cuando se le llama por su nombre SI / NO ¿Se le entiende bien cuando habla en casa? SI / NO

¿Responde cuando se le habla? SI / NO. - Habla demasiado, rápido, lento, normal.

Su voz es: normal / alterada. ¿Grita al hablar? SI / NO

HISTORIA MÉDICA

Estado de salud actual: _____

Principales enfermedades: _____

Medicamentos consumidos frecuentemente: _____

Alérgico a: _____

Accidentes fuertes: _____

Golpes en la cabeza con pérdida de conocimiento _____ convulsiones _____ mareos _____

Operaciones SI / NO ¿Cuáles? _____

Exámenes realizados (neurológico, audiológico, psiquiátrico, psicológico u otros)

Resultados: _____

Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento _____

CONDUCTA Y JUEGO

¿Cuáles son sus aficiones, entretenimientos y habilidades?

¿Practica algún deporte? SI / NO ¿Cuáles?

Describe el temperamento y carácter de su hijo/a:

Presenta problemas de: alimentación _____ sueño _____ concentración _____ o Indisciplina (irritabilidad / hiperactividad) Otros: _____

HISTORIA FAMILIAR

Hermanos

Nombre	Edad	Colegio	Grado que cursa

Indique si existe algún suceso de impacto para el niño a nivel familiar (separación o divorcio de los padres, fallecimiento de algún pariente cercano, etc.) _____

Actualmente el niño (a) vive con:

Ambos Padres Madre Padre Abuelos Otros

Especifique la situación legal del niño (a) (Patria Potestad / Custodia):

Indique el motivo por el cual usted solicita el ingreso de su hijo(a) a esta institución educativa:

Personas que puedan recomendarlos:

Nombre Dirección o Teléfono Profesión

Nombre Dirección o Teléfono Profesión

- LEER DETENIDAMENTE -

Complete este formulario con letra legible y adjuntar la siguiente papelería.

- La edad requerida para ingresar a Kindergarten es de cinco años cumplidos, y debe estar cursando un Pre-Kinder (ingle-español).
- Complete este formulario con letra legible.
- El presente formulario deberá estar acompañado de CERTIFICADO DE NACIMIENTO EN ORIGINAL Y FOTOGRAFIA.

Nombre del padre, madre o encargado

Firma