

Registro de Pre-inscripción GUARDERÍA del PACHA

Fecha: _____

Nombre madre/padre/representante: _____

Teléfonos de contacto: _____ E-mail: _____

Nombre del niño/a: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Año lectivo: _____

1. ¿Su hija/o ha estado en algún programa de desarrollo infantil?

2. En el caso que corresponda: Relate su experiencia del proceso vivido en el otro programa y los aprendizajes como familia. ¿Cómo ha sido la relación con los/las tutores/as de su hija/o?

3. ¿Le han solicitado para su hija/o algún compromiso especial (terapias, acompañamiento en casa, o otros)? Explique ¿Por qué?

4. ¿Le han solicitado para su hija/o una valoración médica, psicológica, psiquiátrica o psicopedagógica Explique ¿Por qué?

5. ¿Su hija/o tiene hermanos? Especifique edades y colegios en los que se encuentran?

6. Realice un breve resumen sobre la alimentación de su hija/o (horarios, alimentación complementaria, lactancia, restricciones alimenticias, etc):

7. Realice un breve resumen sobre el desarrollo de su hija/o en cuanto a sus hitos de desarrollo (primeros giros, gateo, primeras palabras, primeros pasos, etc):

8. ¿Utiliza pañal su pequeño@? ¿Utiliza de forma regular alguna crema específica o talco especial para el cambio de pañal?

9. ¿Cómo está constituido el grupo familiar y con quién vive su hija/o ?

10. ¿Qué tipo de actividades comparten con sus hijas/os en casa?

11. ¿Qué es lo que más se le ha dificultado en la crianza y cuidado de su hija/o?

12. ¿Por qué siente que la Guardería del Pacha es la mejor opción para su hija/o y ustedes como familia? ¿Qué esperan de la guardería?



13. ¿Su hijo/a ha tenido alguna enfermedad, cirugía, accidente o condición importante que necesitemos conocer con relación a su salud?

14. ¿Desean que su hijo/a continúe toda su educación académica en el colegio Pachamama?
Explique ¿Por qué?

15. ¿Cómo conoció o quién le recomendó el Colegio Pachamama?

Familia Pachamama: _____ Nombre de la familia: _____

Página web: _____

Medios masivos de comunicación (vallas publicitarias, afiches, stands publicitarios): _____

Facebook: _____ Instagram: _____ Otros, ¿Cuál?: _____

16. ¿Autoriza el uso de imagen de su pequeño/a para publicidad y promoción de la Guardería del Pacha y/o del Colegio Pachamama?

Sí, de manera general (vallas publicitarias, afiches, stands publicitarios): _____

Sí, solamente uso interno (anuario, comunicación interna) _____

Definitivamente NO _____



AUTORIZACIÓN USO DE DATOS INTERNOS

Yo, _____ en calidad
Padre/Madre/Representante de _____,
confirmando que la información proporcionada en este formulario es genuina y correcta. Entiendo que esta información será utilizada únicamente para fines internos del Colegio Pachamama y no será compartida con terceros sin mi consentimiento explícito.

Entiendo que tengo derecho a solicitar acceso al formulario de inscripción en cualquier momento y a solicitar su corrección si fuera necesario.

Nombre del Padre/Madre/Representante Legal: _____

C.I: _____

Firma : _____

Fecha: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRES :					
APELLIDOS :					
SEXO :	F	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO [DÍA, MES, AÑO] :				EDAD: AÑOS:	MESES:
NACIONALIDAD :					
LUGAR DE NACIMIENTO [CIUDAD/PAÍS]					
NUMERO DE CI O PASAPORTE :					

SITUACIÓN FAMILIAR

EL ESTUDIANTE VIVE CON :										
MADRE Y PADRE :			MADRE :		PADRE :		OTROS :			
¿ CON QUIÉN PASA EL NIÑO LA MAYORÍA DEL TIEMPO ?		MADRE :		HERMANOS :						
		PADRE :		EMPLEADOS :						
		ABUELOS :		OTROS :						
EL ESTUDIANTE TIENE HERMANOS :				SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>			
SI es SI	NOMBRE		COLEGIO			EDAD				
	1									
	2									
	3									
	4									
SU HIJO/A HA ESTADO ANTERIORMENTE EN ALGUNA GUARDERÍA O PROGRAMA EDUCATIVO?										
NOMBRE DE LA GUARDERÍA			EDAD				TIEMPO			

¿Porque escogió el Colegio Pachamama?

DATOS DE SALUD

TIPO DE SANGRE:

NOMBRE Y NÚMERO DE CONTACTO DEL PEDIATRA:

HOSPITAL AL QUE NORMALMENTE ACUDEN:

DISPONEN DE SEGURO DE ACCIDENTES PRIVADO :

NO:

SÍ:

CUÁL:

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO A DIARIO :

NO:

SÍ:

CUÁL:

ALERGIAS: Describa a qué y el tipo de alergia:

ADOLECE DE ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE :

NO:

SÍ:

CUÁL:

ALIMENTOS QUE NO CONSUME :

DATOS DE LOS REPRESENTANTES

NOMBRE DE LA MADRE:

NOMBRE DEL PADRE:

DIRECCIÓN DOMICILIO:

DIRECCIÓN DOMICILIO:

PARROQUIA :

PARROQUIA :

ESTADO CIVIL:

ESTADO CIVIL:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO :

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO :

NACIONALIDAD / PAÍS DE ORIGEN:

NACIONALIDAD / PAÍS DE ORIGEN:

NIVEL DE EDUCACIÓN:
ÁREA:

NIVEL DE EDUCACIÓN:
ÁREA:

OCUPACIÓN:

OCUPACIÓN:

LUGAR DE TRABAJO:

LUGAR DE TRABAJO:

CARGO QUE DESEMPEÑA:

CARGO QUE DESEMPEÑA:

NÚMERO DE CI O PASAPORTE:

NÚMERO DE CI O PASAPORTE:

TELÉFONO DOMICILIO:

TELÉFONO DOMICILIO:

TELÉFONO TRABAJO:

TELÉFONO TRABAJO:

CELULAR:

CELULAR:

CORREO ELECTRÓNICO :	CORREO ELECTRÓNICO :
----------------------	----------------------

CONTACTOS			
CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIAS :			
PARENTESCO:		TELEFONO:	
EMISION DE FACTURA :		TELEFONO:	
RESPONSABLE ECONOMICO :	RUC :	DIRECCION :	
	CI :	CORREO ELECTRONICO :	

Estimada familia por el momento no disponemos de Servicio de Transporte para la Guardería pero si desea puede dejarnos su información para cuando dispongamos del servicio

INFORMACIÓN SERVICIO DE TRANSPORTE	
DIRECCIÓN COMPLETA DOMICILIO:	
SECTOR:	
NUMERO Y CALLE :	
TRANSVERSAL :	
¿ DESEA SERVICIO DE TRANSPORTE ? :	
EN EL ESPACIO VACIO HACER UN CROQUIS DEL DOMICILIO :	