FICHA DE INGRESO JARDÍN INFANTIL MIS NIÑOS FELICES **2016**

Año que ingresó por primera vez a este Jardín Infantil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Al completar la siguiente ficha de ingreso, acepto el proceso de ingreso del Jardín Infantil “Mis Niños Felices”, el que consta de una entrevista a la cual debemos asistir como familia (padres e hijo/a). El objetivo es conocer el proyecto educativo y considerar si el jardín infantil cumple con las expectativas que esperamos como familia, a su vez, posibilitar que la institución conozca a mi hijo/a y nos comunique si cuentan con las competencias profesionales para recibirlo, o bien, me orientarán en otras posibilidades en beneficio de mi hijo/a.**

 **Mis Niños Felices no cuenta con Educadores diferenciales, sin embargo, en su proyecto integra necesidades educativas de la primera infancia (1 niño/a por nivel), comprometiéndose a recibirlos siempre y cuando los niños/as presenten conductas de entrada que le permitan asumir el desafío que presenta el jardín infantil; respetando siempre los derechos de los niños/as y sus individualidades.**

 **En el caso que como familia formemos parte de la comunidad Mis Niños Felices, nos comprometemos a apoyar el proyecto que ofrecen y cumplir reglamento de padres y apoderados.**

|  |
| --- |
| **I. Identificación del Niño(a)** |
| Nombres: | Apellidos: |
| Fecha de Nacimiento: | Rut: |
| Domicilio: | Fono Hogar: |
| Grupo Sanguíneo: |
| Contraindicaciones: |
| En caso de emergencia comunicarse con: | Fono: |
| Y trasladarlo a: |
| Seguro médico y/o accidentes en: |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Asistió a otro Jardín Infantil? | Año: |
| Nivel al que asistió | Tiempo de permanencia: |
| Motivo del retiro: |
| ¿Porqué eligió el Jardín Infantil Mis Niños Felices para su hijo(a)? |
| ¿Qué expectativas tiene del Jardín Mis niños Felices? |

|  |
| --- |
| **II. Antecedentes de los Padres** |
| Padre: | RUT: |
| Edad actual: | Escolaridad: | Religión: |
| Profesión u oficio: | Fono trabajo: |
| e-mail (letra clara):  | Celular: |
| Aporte que ofrece al jardín (profesión, oficio, tiempo o hobby): |
| Madre: | RUT: |
| Edad actual: | Escolaridad: | Religión: |
| Profesión u oficio: | Fono trabajo: |
| e-mail (letra clara):  | Celular: |
| Aporte que ofrece al jardín (profesión, oficio, tiempo o hobby): |

|  |
| --- |
| **III. Situación Familiar** |
| Personas que viven con el niño/a en su hogar:  |
| **Nombre** | **Parentesco**  | **Edad**  | **Actividad**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| En caso de padres separados: el padre o la madre que no vive con el hijo (a), ¿Con qué frecuencia visita al niño (a)? |
| ¿Existe otra situación especial de la familia que debiéramos conocer?  |
| Número de hijos y lugar que ocupa entre sus hermanos: |

|  |
| --- |
| **IV. Antecedentes del Desarrollo** |
| Situación relevante del embarazo o parto:  |
| Apgar: | Hijo biológico: | Hijo adoptado: |
| Indicaciones especiales que debamos conocer: |
| Enfermedades graves que ha sufrido: |
| ¿Ha sido operado? | ¿De qué?: |
| Edad primeras palabras: |
| Edad marcha: |
| Edad control esfínter diurno |
| Edad control esfínter nocturno: |

|  |
| --- |
| Actualmente su hijo usa: (o hasta qué edad lo utilizó) |
| Chupete: | Mamadera: | Tuto: | Pañal de día: | Pañal de noche: | Otro para dormir: |
| ¿Cómo se alimenta?  | Sólido: | Semi- solido (colado: ) |
| ¿Comparte cama? | ¿Con quién? |
| ¿Comparte habitación? | ¿Con quién? |
| Viven en | Casa: | Departamento: |
| ¿Cómo se queda dormido?: |
| Solo(a):  | En su cama:  | Contando cuentos:  |
| ¿Cuántas hora duerme durante la noche?\_\_\_\_\_\_\_ | ¿Cómo es su dormir? |
| ¿Duerme siesta? Sí\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ |
| ¿Le molesta que le corten el pelo, uñas, etc.? Especifique  |
| ¿Le molestan ciertas texturas, etiquetas en su ropa o ruidos? Especifique |
| El especialista que atiende a su hijo(a) ha diagnosticado: |
| Acuidad visual: | Acuidad auditiva: |
| Estado plantar: | Respiración: |
| Estado dental: | Relación peso/talla: |
| Piel: | Otros: |
| ¿Ha llevado a su hijo(a) a especialistas tales como: psicólogo, neurólogo o psiquiatra infantil? Indique diagnóstico. |
| ¿Lo ha evaluado fonoaudióloga? Indique diagnósticos |
| Describa a su hijo/a. ¿Cómo es en casa?  |
| Mencione aspectos del desarrollo social-emocional u otros que debemos conocer:  |
| Describa sus prioridades familiares:  |
| Narrar acontecimientos estresantes pasados/ actuales/ futuros (Por ejemplo: Duelos, cambios, perdidas/abandonos, separación parental, familiar cercano enfermo, llegada de un hermano(a), hospitalización u operación, problemas relacionales en el hogar, entre otros): |
| ¿A qué colegios, o perfil de colegios desea postular a su hijo(a)? |
| AUTORIZO A LA EDUCADORA DEL JARDÍN INFANTIL, **APLICAR FLORES DE BACH** EN SPRAY EN SUS MUÑECAS (terapia natural) SI MI HIJO/A ENFRENTA ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL DURANTE SU JORNADA EN MIS NIÑOS FELICES, con el fin de alcanzar su bienestar integral. **SI\_\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| AUTORIZO A EDUCADORAS TOMAR FOTOGRAFÍAS Y VÍDEOS A MI HIJO/A Y SUBIRLAS A LA PÁGINA WEB DEL JARDÍN [WWW.MISNINOSFELICES.CL](http://WWW.MISNINOSFELICES.CL). **Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_** |
| Conoce cabalmente el reglamento de padres que aparece en agenda de su hijo/a y se compromete a respetarlo **Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**IMPORTANTE:**Registre, a continuación toda observación significativa o dato relevante que debamos conocer o sugerencias que nos desee plantear.