**Agradecemos brindarnos la siguiente información, con el fin de respaldar la seguridad de niños y niñas** de nuestro jardín infantil al momento de su visita, así como entregarnos un primer acercamiento hacia su familia, con el propósito de esperarles con su debido conocimiento.

Ante todo y agradeciendo su interés, recordamos que en Mis Niños Felices se vive un Proyecto Educativo autogestionado, inspirado en la filosofía educativa Reggio Emilia, siendo importante su conocimiento y adhesión, para tomar una decisión informada en nuestro proceso de admisión.

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA ENVÍO SOLICITUD:** | **¿Cómo nos conoció?:** |
| **¿Cuándo desea ingresar?** | **¿Desea participar en nuestro summer camp Natura Maestra? ¿En qué fechas?** |

**ANTECEDENTES DEL NIÑO/A**

1. **Datos administrativos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre/s |
|  |  |  |
| Rut | Fecha de nacimiento  | Nivel al que postula (Medio Menor – Medio Mayor – Pre Kínder o Kínder) |
|  |  |  |
| Jornada (AM – PM - Completa) | Domicilio |
|  |  |

1. **Información sobre niño/a**

|  |  |
| --- | --- |
| Temáticas y juegos de interés del niño/a |  |
| ¿Qué tipo de música le gusta y/o suele oír? |  |
| ¿Cuáles son sus cuentos favoritos? |  |
| ¿Qué deporte realiza o ha realizado? ¿Con qué frecuencia? |  |
| ¿Ha participado de talleres artísticos, creativos y/o recreativos u otro tipo de experiencia similar? Agradecemos contarnos sobre ello |  |
| ¿Cuáles son sus experiencias sociales con niños/as? Agradecemos contarnos sobre sus experiencias e interacciones sociales previas |  |
| ¿Utiliza algún tipo de pantallas? ¿Cuál? |  | ¿Cuánto tiempo al día? |  | ¿Qué actividad realiza en la pantalla? |  |
| Comprendiendo que Mis Niños Felices promueve una infancia LIBRE DE PANTALLAS, ¿estaría dispuesto/a a que le apoyemos en dejar su uso en su hijo? |  |
| ¿Sabe nadar? |  | ¿Tiene bicicleta, triciclo u otro rodado? (no scooter) |  | Intereses deportivos: |  |

**INFORMACIÓN DE SALUD**

*\*Mis Niños Felices no posee proyecto de integración; por lo que no cuenta con Educadoras diferenciales.*

1. **Señale a continuación todas las vacunas y fechas que ha recibido su hijo/a**

|  |  |
| --- | --- |
| Vacuna | Fecha |
| COVID-19 (primera dosis) |  |
| COVID-19 (segunda dosis) |  |
| COVID-19 (tercera dosis) |  |
| COVID-19 (cuarta dosis) |  |
| COVID-19 (quinta dosis) |  |

1. **Información sensorial**Procesamiento de información de los sentidos

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Le molesta que le sequen, toquen o corten el pelo o las uñas? |  |
| ¿Le molestan ciertas texturas o etiquetas en la ropa? |  |
| ¿Se siente alterado con ciertos ruidos? (secador, aspiradora, cumpleaños feliz y otros) |  |
| ¿Cómo enfrenta el cambio en su rutina diaria?  |  |
| ¿Realiza movimientos repetitivos y constantes? |  |
| ¿Aplica más fuerza de la necesaria para generar contacto físico con otras personas y/o objetos físicos? *(por ejemplo “quería dar un abrazo y en lugar de ello, empujó al hermano por ponerse nervioso o aplicar mucha fuerza)* |  |

1. Señale observaciones importantes a considerar y/o contraindicaciones de salud, detallado.

|  |
| --- |
|  |

1. **Cursos/niveles e instituciones desde su primera experiencia educativa**

**Cursos/niveles e instituciones desde su primera experiencia educativa** (si no asistió a ninguna institución educativa, favor señalar en breve qué realizó dicho año)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel/curso | Año | Institución | ¿Cómo fue la experiencia? | Motivo del cambio o permanencia |
| Sala cuna  |  |  |  |  |
| Medio menor  |  |  |  |  |
| Medio mayor |  |  |  |  |
| Pre kínder |  |  |  |  |
| Kínder |  |  |  |  |
| Observaciones: |  |

1. **¿Qué conoce o a quién conoce de Mis Niños Felices?**

|  |
| --- |
|  |

**II. ANTECEDENTES FAMILIARES**

1. **Antecedentes del APODERADO/A PRINCIPAL:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos | Nombres | RUT |
|  |  |  |
| Fecha de Nacimiento | Celular  | Correo electrónico (revisar) |
|  |  |  |

1. **Antecedentes del APODERADO/A SECUNDARIO/A:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos | Nombres | RUT |
|  |  |  |
| Fecha de Nacimiento | Celular  | Correo electrónico (revisar) |
|  |  |  |

1. **¿Alguna información extra que debamos conocer?**

|  |
| --- |
|  |

**Declaro que la información dispuesta en la presente ficha es fidedigna**

|  |
| --- |
| **FIRMA DIGITAL****NOMBRE COMPLETO** |