

JARDÍN DE INFANTES “EL PATITO FEO”
CUESTIONARIO DE ASPIRANTES
CICLO LECTIVO 2025

APELLIDO Y NOMBRE DEL NIÑO/A:

EDAD: Años.... Meses.....Fecha de Nacimiento...../...../.....DNI.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE.....Edad.....OCUPACIÓN.....

Estudios..... Convive con el niño/a.....

Teléfono: Cel.Fijo..... ¿Trabaja?..... Lugar de trabajo..... Horarios.....

APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE.....Edad..... OCUPACIÓN.....

Estudios..... Convive con el niño/a.....

Teléfono Cel.Fijo..... ¿Trabaja?.....Lugar de trabajo..... Horarios.....

Estado Civil: Casado por Iglesia () Civil () Soltero () Concubinato () Divorciado ()

HERMANOS: (Mencionar el Apellido y Nombre, edad de cada uno y nivel de escolaridad: Primario, secundario, universitarios)

Apellido y Nombre	Edad	Escolaridad	Colegio
1.			
2.			
3.			
4.			

Mencionar otras personas que viven actualmente en la casa (si las hubiera)

Algún familiar se desempeña actualmente como personal docente y/o administrativo de esta institución (Jardín, Primaria,

¿Secundaria, Superior)? SI - NO - Especificar.....O Hijo de

egresado del Jardín Si-No Otros.....

¿Por qué motivo solicitan la vacante en la Institución?.....

¿Practican una religión? SI - NO..... ¿En qué consisten sus prácticas religiosas?.....

¿A qué Iglesia/Parroquia pertenece?Posee alguna participación o compromiso pastoral?

SI - NO ¿Cuáles?.....

Sacramentos que poseen los padres:

HISTORIA Y HÁBITOS DEL NIÑO (Responder de manera certera y concreta)

NACIMIENTO

¿Cómo fue el embarazo?

¿Cómo fue el parto?.....

¿Tuvo alguna dificultad al nacer?.....

ANTECEDENTE DE SALUD

¿Algún antecedente de salud? (Neurológico, cardiológico, convulsiones, epilepsia, cardiopatía, relacionado con la

alimentación, sueño, etc.....

¿Algún tipo de intervención quirúrgica?.....

¿Recibió o recibe algún tipo de medicación?.....

MOTRICIDAD

¿A qué edad empezó a caminar?.....

¿Tuvo alguna dificultad para lograrlo?.....

¿Tiene alguna dificultad motriz?.....

INDEPENDENCIA

¿Es capaz de controlar esfínteres? SI-NO. ¿Usa pañales? ¿SI-NO - ¿En qué momento? ¿Va al baño solo/a? SI-NO

¿Usa chupete? SI-NO - ¿Toma mamadera? SI-NO - ¿Duerme con los padres? ¿SI-NO. ¿Duerme en su propia cama? SI-NO.

¿Duerme en su propia habitación? SI-NO. ¿Intenta vestirse solo? SI-NO- ¿Se queda solo en casa de familiares? SI-NO

¿Quién lo viste y lo baña?.....

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

¿A qué edad empezó a decir sus primeras palabras?.....

¿Puede relatar un hecho o suceso breve? SI-NO

¿Comunica lo que siente?.....

¿Tiene dificultades en la pronunciación? SI NO- ¿Qué fonemas?

¿Tartamudea? SI-NO -¿En qué situaciones?

SOCIALIZACIÓN

¿Interactúa con niños de su edad?.....
¿En que ámbitos?.....
¿Cómo se relaciona con las demás personas de su entorno?.....
¿Qué juegos prefiere su hijo/a?

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

¿Mira TV? SI-NO- ¿Tiempo promedio diario? ¿Qué programas prefiere?
Utiliza Computadora/Tablet/Celulares/ A VECES. SI. NO Especificar.....
¿Asiste a Jardín Maternal? SI-NO ¿Cuál?.....
¿Cómo se integró?
DESCRIBA BREVEMENTE UN DÍA HABITUAL DE SU NIÑO/A
.....
.....
.....

COMPORTEAMIENTO

¿Quién corrige usualmente al niño/a?¿Cuál es la causa principal de corrección?
..... ¿Cómo toma y actúa el niño?.....
¿Cómo ponen límites?.....
.....
¿Cuáles de estos comportamientos presenta? Alegría.....Llanto...Tranquilidad...Caprichos...Retraimiento.....
Timidez.....Angustia.....Torpeza...Gritos.....Inquietud.....Juegos bruscos.....Otros.....

CARACTERICE A SU HIJO/A EN LOS ASPECTOS CONDUCTUALES, EMOCIONALES Y RELACIONALES MAS DESTACADOS:

TRES ASPECTOS A RESALTAR Y TRES ASPECTOS A MEJORAR.
1..... 1.....
2..... 2.....
3..... 3.....

OTROS

¿Su niño/a recibió o recibe algún tipo de atención profesional? (neurológico, fonoaudiológico, psicopedagógico, psicológico, estimulación temprana, del lenguaje u otros)
¿Desde cuándo?..... y por qué motivos?.....
.....
¿Qué les preocupa en este momento de su hijo/a?.....
.....
.....
Nosotros consideramos que la Educación Católica de nuestro hijo consistiría en.....
.....
Para nosotros la familia es.....
.....
Como Padres nos comprometemos a

OBSERVACIONES (Espacio reservado Equipo de Orientación Escolar-No completar-)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA Y ACLARACION DEL PADRE:

FIRMA Y ACLARACION DE LA MADRE: