



Escuela: ..... Localidad: .....

Docente: .....

Sección: ..... Turno: .....

Fecha de la entrevista: ..... / ..... / .....

Informante (Apellido, Nombre y Parentesco): .....

**DATOS DEL/LA ESTUDIANTE**

Apellido y Nombre (Completo): .....

¿Cómo lo nombra la familia?: .....

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... DNI N°: .....

Lugar de Nacimiento: ..... Provincia: ..... País: .....

Domicilio: .....

Números de teléfonos a los cuales recurrir ante cualquier eventualidad o en caso de emergencia:

NOMBRE Y APELLIDO	TELÉFONO	PARENTESCO

Obra Social: SI  NO

¿Cuál?.....

¿Tiene experiencia de escolaridad previa? (Explícite en qué institución, si completó el ciclo, cómo transitó la misma)

.....

.....

.....

.....

.....



**FAMILIA**

Apellido y Nombre	Parentesco	¿Es conviviente? (si no lo fuera consignar domicilio)	Edad	Adultos/as				D.N.I
				Ocupación	Nacionalidad	Habla / lee español	Estudios Cursados	
Menores								
Apellido y Nombre	Parentesco	¿Es conviviente?	Edad	Sección / Grado / Año	Escuela	Turno		



¿Quiénes son los responsables legales de/la estudiante? (Sólo consignar los siguientes datos en caso de que sean personas diferentes a los adultos mencionados anteriormente).

Table with 6 columns: APELLIDO Y NOMBRE, DNI, EDAD, NACIONALIDAD, OCUPACIÓN, TELÉFONO. It contains three empty rows for data entry.

¿Perciben asignación universal por hijo/a? SI - NO

¿Percibe asignación familiar? SI - NO .Certificado de escolaridad para entregar en: ..... A nombre de: .....

SALUD

¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál? (epilepsia, diabetes, celiaquía, asma, etc.). ¿Cuenta con diagnóstico médico?

¿Recibe tratamiento? ¿De qué tipo? Consignar nombre del profesional tratante.

.....

¿Toma alguna medicación habitualmente? ¿Cuál? ¿Requiere algún cuidado especial?

.....

¿Padece algún tipo de alergia? ¿A qué? ¿Cómo actuar en caso de crisis?

.....

¿Tuvo algún accidente que crea relevante mencionar? (Consignar secuelas o consideraciones a tener en cuenta a partir del mismo) .....

.....

DESARROLLO-ETAPA POSTERIOR AL NACIMIENTO

¿Presenta algún tipo alteración en el desarrollo? (lenguaje, motricidad, juego, control de esfínteres, alimentación). ¿Es atendido por algún profesional de la salud en relación a los aspectos antes mencionados? ¿Cuenta con algún diagnóstico? (Consignar datos de los profesionales tratantes)

.....



**ACTIVIDADES COTIDIANAS**

¿Cómo es el día del/la estudiante?

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

¿Hay algún otro dato que considere significativo referir? (alimentación, sueño, control de esfínteres/higiene)

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

**ASPECTOS DE LA PERSONALIDAD**

Describa brevemente cómo es el/la estudiante (con quién se relaciona más, qué tipo de juegos y juguetes prefiere, qué otras actividades son de su agrado, cómo responde a los límites)

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

**OTROS**

¿Manifiesta miedos? ¿A qué? ¿Cómo los manifiesta?

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

¿Se preocupa por el cuidado de su cuerpo? ¿Evita peligros?

.....  
.....

Desde el año 2006, se encuentra en vigencia la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral

¿De qué manera afronta la familia temáticas como: género, cuidados del cuerpo, límites?

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



**EXPECTATIVAS DE LA FAMILIA EN RELACIÓN A LA ESCUELA**

¿Qué espera la familia para este año escolar respecto a la institución y al/la docente? ¿Cómo puede acompañar a el/la estudiante y a la institución para que esas expectativas se cumplan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿Qué otra información cree importante agregar? (Creencias culturales, por ejemplo)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Firma del/la entrevistado/a

.....  
Firma del/la docente

Nombre y Apellido:.....

Nombre y Apellido:.....

DNI:.....

DNI:.....



AUTORIZACIÓN PARA USO DE IMAGEN

ENI N°.....

A quien corresponda, por medio de la presente, quien suscribe (Nombre y Apellido) .....

..... Documento DNI N° .....

[SI] / [NO] AUTORIZO como PADRE/MADRE/TUTOR/REPRESENTANTE, al Ministerio de Educación de la Provincia de Chubut a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia de Chubut del/la estudiante, (Nombres y Apellidos).....

DNI:.....:

Firma del Padre / Madre / Tutor o Encargado

Lugar:..... Fecha :..... de ..... de 20.....

Nombre y Apellido:.....DNI:.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CAMBIO DE PAÑALES Y/O INDUMENTARIA

ENI N°.....

A quien corresponda, por medio de la presente, quien suscribe (Nombre y Apellido) .....

..... Documento DNI N° .....

El momento de la higiene entraña situaciones de enseñanza y aprendizaje. En el nivel inicial se acompaña y resignifica esta práctica cotidiana priorizando las necesidades de cada estudiante, respetando sus tiempos particulares y preservando su intimidad.

La familia [SI] / [NO] da el consentimiento de ser necesario al personal (docente, auxiliar) de la ENI N° ....., a cambiar pañales e indumentaria del/la estudiante, (Nombres y Apellidos).....

DNI:.....:

En caso de no dar el consentimiento se acuerda lo siguiente .....

.....

Firma del Padre / Madre / Tutor o Encargado

Lugar:..... Fecha :..... de ..... de 20.....

Nombre y Apellido:.....DNI:.....



AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE ESTUDIANTES

ENI N° .....

Por la presente autorizo a las personas y/o personal del Transporte Escolar que detallo a continuación a retirar a mi hijo/a del establecimiento escolar, eximiendo a partir de ese horario a el/la docente y responsables de la institución, de la responsabilidad civil y de cualquier daño que pudiera ocurrirle o cometer mi hijo/a.

Table with 5 columns: NOMBRE Y APELLIDO, DNI, DOMICILIO, TELÉFONO, PARENTESCO. The table is currently empty.

NOTIFICACIONES

a) Quedo notificado que el horario de mi hijo/a (Nombre y Apellido) ..... es de ..... a ..... hs., eximiendo de toda responsabilidad civil a el/la docente y responsables de la institución por hechos que pudieran ocurrir con relación a mi hijo/a fuera de este horario.

Asimismo quedo notificado que es responsabilidad de los padres y/o tutores el cumplimiento del horario escolar del/la estudiante.

b) Quedo notificado que en el período anterior o posterior al horario escolar asumo toda la responsabilidad del cuidado de mi hijo/a en el patio exterior de juegos eximiendo a el/la docente y responsables de la institución de la responsabilidad civil y de cualquier daño que pudiera ocurrirle o cometer mi hijo/a.

Firma del Padre / Madre / Tutor o Encargado

Lugar:..... Fecha :..... de ..... de 20.....

Nombre y Apellido:.....DNI:.....