

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN SEGUNDO SEPTENIO 2° A 8° BÁSICO

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN

DATOS DEL NIÑO(A)

Nombre completo: _____

Fecha nacimiento: _____

Rut: _____

Dirección: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Vive con: _____

Curso al que postula: _____ básico. Año _____

Colegio anterior: _____

Actualmente cursando: _____ básico.

Fecha recepción: _____

Certificado (promovido curso) _____ año _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre de la mamá: _____

Fecha Nacimiento: _____

Rut: _____

Dirección particular: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Profesión u oficio: _____

¿Dónde trabaja?: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Nombre del papá: _____

Fecha Nacimiento: _____

Rut: _____

Dirección particular: _____

Comuna: _____ Teléfono: _____

Profesión u oficio: _____

¿Dónde trabaja?: _____

Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

E-mail: _____

ENTREVISTA

1. ¿Fue un niño(a) esperado (a)?

2. ¿Cómo fue el embarazo?

a) físicamente _____

b) anímicamente _____

3. ¿Cómo fue el parto? _____

4. ¿Fué amamantado? _____

5. ¿Hasta qué edad? _____

6.- ¿Qué enfermedades ha tenido?

Pestes infantiles: _____

Alérgicas: _____

Respiratorias: _____

Accidentes: _____

Otras: _____

7.- A qué edad

Caminó: _____

Controló esfínter: _____

Gateó: _____

¿Usó andador?: _____

Habló: _____

8.- ¿Cómo ha sido, en términos generales, su salud hasta ahora?

9.- ¿Con que tipo de medicina es tratado?

10.- ¿Quién es su pediatra?

11.- Que afecciones médicas importantes ha presentado:

Alérgicas: _____

Respiratorias: _____

Accidentes: _____

Hormonales: _____

Otras: _____

12.- ¿Ha presentado problemas de tipo?:

Neurológico: _____

Motor: _____

Lenguaje (modulación): _____

Otros: _____

¿Tiene algún tratamiento específico? _____

¿A través de qué tipo de medicina fue tratado? _____

13. ¿Cómo duerme el niño(a)? _____

¿Cuánto? _____

¿A qué hora se duerme y se levanta? _____

¿Qué tipo de alimentación tiene (vegetariana, omnívoro, vegano, etc.)? _____

¿Come bien? _____

¿Cómo es su digestión? _____

¿Ha presentado desórdenes alimenticios (obesidad, anorexia, bulimia)? _____

¿Cuál? _____

¿Ha seguido tratamiento, cuál? _____

14. ¿Cuál es la situación familiar del niño? (con quien vive, con quien pasa el día, fines de semana, dar detalles).

15. ¿Cuántos hermanos tiene? _____ ¿qué número es él (ella)? _____

¿Cómo se lleva con ellos? _____

16. ¿Qué juegos y/o actividades prefiere? _____

17. ¿Cómo se relaciona con otros niños/jóvenes? _____

18. ¿Ve televisión? _____

¿Cuánto tiempo en el día y a qué hora? _____

¿Qué tipo de programas prefiere? _____

19. ¿Usa el computador? _____

¿Para jugar? _____ ¿Qué juegos? _____

¿Para chatear? _____ ¿Para otros fines? _____

¿Cuáles? _____

Promedio diario de uso: _____

20. ¿Cómo se relacionan ustedes con el niño(a) ¿Qué tipo de límites le imponen?

Mamá: _____

Papá: . _____

21. ¿Cómo describe a su hijo(a)? *(Lo más objetivamente posible)*

Mamá: _____

Papá: _____

22. ¿Qué otros intereses o actividades extra tienen ustedes fuera del trabajo?

Mamá: _____

Papá: _____

Colegio Rudolf Steiner

Antupirén 9591. Peñalolén. Santiago.
admisión@colegiorudolfsteiner.cl
292 75 85

23. ¿Por qué decidieron cambiar de Colegio?

24. ¿Qué preguntas o inquietudes tienen respecto al Colegio?

25. Otras Observaciones que desee hacer

26. Se incluyen los siguientes documentos:

- Certificado Final de Estudio original del año anterior (promoviendo de curso)
- Informe de Personalidad del colegio anterior
- Certificado de Nacimiento (original y actualizado)
- Informes : Psicopedagógico
 Neurológico
 Sicológico
 Pediátrico

Nombre y firma de quienes respondieron:

Padre: _____ Madre: _____

Fecha: _____