REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACION

U.E.N. “ZEA”

FOTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Educación Inicial** | | |
| 3 años | 4 años | 5 años |
| Nivel I | Nivel II | Nivel III |
| Año Escolar | Año Escolar | Año Escolar |

**REGISTRO DE INSCRIPCION**

**DATOS DEL NIÑO (A)**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de nac. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_\_ Diestro: \_\_\_\_\_\_

**DATOS DE LA MADRE**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de cedula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edo civil: \_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de cedula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_

Dirección de habitación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edo civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vive con el Niño (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien llamar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PRENATALES**:

El embarazo fue planificado si \_\_\_ no \_\_\_\_ enfermedades durante el embarazo indique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabajo durante el embarazo: si \_\_\_\_ no \_\_\_\_ cuanto tiempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ embarazo controlado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERINATALES**:

Tipo de parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lugar del parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ edad de la madre al momento del parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presento problemas al momento del parto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Problemas presentados por el niño durante los primeros 40 días \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES POST-NATALES DEL NIÑO (A):**

Desarrollo físico: peso al nacer: \_\_\_\_\_\_ talla al nacer: \_\_\_\_\_\_ enfermedades que ha padecido el niño:

Sarampión: \_\_\_\_ lechina: \_\_\_ Parotiditis: \_\_\_ tosferina: \_\_\_ meningitis: \_\_\_ hepatitis: \_\_\_\_ neumonía: \_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_\_ ha estado hospitalizado: \_\_\_\_\_\_ causa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sufre de alergias: \_\_\_\_\_\_\_

Vacunas recibidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de fiebre que medicamento administrar al niño (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DESARROLLO DEL NIÑO (A)**

Edad a la que empezó a decir sus primeras palabras: \_\_\_\_\_\_ Edad en la que comenzó a caminar: \_\_\_\_\_\_ Mano que Utiliza frecuentemente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Come solo: \_\_\_\_\_ consume algún alimento antes de ir al preescolar: \_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene buen apetito: \_\_\_\_ que alimento prefiere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alimentos que rechaza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora en la que se levanta: \_\_\_\_\_\_\_\_ hora en la que se acuesta: \_\_\_\_\_\_\_\_ sueño del niño: \_\_\_\_\_\_ con quien

Duerme el niño (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ control de esfínteres: se orina: \_\_\_\_\_\_ en que momento del día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usa pañal \_\_\_\_\_\_\_ a que edad dejo de usarlo: \_\_\_\_\_\_\_\_

**AMBIENTE SOCIO FAMILIAR: Nº DE PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL NIÑO (A)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDOS | SEXO | EDAD | PARENTESCO | OCUPACION |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Normativas de la institución:**

1. El horario de clases será comprendido desde 7:00 am hasta las 11:45 am, por lo que se debe cumplir con el horario establecido
2. El representante deberá responder por los daños que cause su representado en la institución
3. Se prohíbe la entrada en shores, descotes, licras, chancletas, minifaldas
4. Los padres deben participar en el proceso educativo de sus hijos (asamblea de padres y representantes)

Me comprometo a cumplir con las normas establecidas en la institución

Firma del representante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( )