



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN "RINCÓN DE LA ANDE"

FECHA		

SALA MATERNAL Y GUARDERÍA INFANTIL

1. DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s) y Apellido(s) del/la niño/a: _____
Sobrenombre (apodo): _____ C.I.Nº: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____ Barrio: _____

2. DATOS FAMILIARES

Nombre(s) y Apellido(s) del/a funcionario/a: _____ C.I. Nº: _____
Unidad Administrativa: _____ N° de Personal: _____
Teléfono Oficina Nº: _____ Horario normal de trabajo: _____
Domicilio: _____ Teléfono Particular Nº: _____
Estado Civil: _____ Teléfono Celular Nº: _____
Nombre(s) y Apellido(s) del padre/madre: _____ C.I. Nº: _____
Domicilio: _____
Teléfono Particular Nº: _____ Teléfono Celular Nº: _____
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
Dirección Laboral: _____ Teléfono Trabajo Nº: _____
El/la niño/a vive con: Su padre Su madre Ambos Otros _____
Número de hermanos del/a niño/a: _____ Lugar que ocupa el/la niño/a en la familia: _____

3. DATOS BÁSICOS DE SALUD Y ASPECTOS PSICO-SOCIALES.

Médico Pediatra: _____ Teléfono Nº: _____
Seguro Médico: _____ Carnet Nº: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Factor: _____
Alergias: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Enfermedades padecidas: _____
Problemas de salud familiar: Hipertensión Diabetes Obesidad Otros _____
Problemas cardiovasculares: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Problemas respiratorios: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Medicamentos: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Vacunación: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Tiene parasitosis? Sí No Cuánto tiempo?: _____
Caries: Sí No Tratada: Sí No
Duerme la siesta Sí No Usa la mamadera: Sí No
Come sólo: Sí No Duerme sólo: Sí No ¿Con quién? _____
Come de todo: Sí No Preferencias: _____
Frecuencia/defecación: Diario Semanal Eventual Otros: _____
Actitud relacional: Confianza Timidez Facilidad de trato Otras: _____
Juegos: Juega solo Juega con otros Preferencias: _____
Problemas conductuales: Sí No ¿Cuál(es)? _____
Recibe castigos: Morales Físicos En qué situaciones específicas: _____
Observaciones: _____

4. AUTORIZACIÓN

Personas autorizadas por el padre/ la madre a retirar al niño en caso de necesidad o a comunicarse con los mismos en situaciones de emergencia:

	Nombre(s) y Apellido(s)	Relación con el/la niño/a	Teléfono(s)	C.I.N°
1.				
2.				
3.				

5. CROQUIS DE UBICACIÓN DEL DOMICILIO DEL PADRE/MADRE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Certifico bajo mi responsabilidad que los datos consignados en la presente solicitud son verdaderos y completos. Asimismo, doy mi conformidad para el cumplimiento de todo lo establecido en la Instrucción de Procedimiento General "Sala Maternal y Guardería Infantil" y en el Código de Convivencia de la Sala Maternal y Guardería Infantil "Rincón de la ANDE, adjunto a la misma.

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

FIRMA DEL PADRE Y/O DE LA MADRE

INSCRIPCIÓN A COLONIA DE VACACIONES: Doy mi conformidad a los efectos de que mi hijo participe de la colonia de vacaciones.

FIRMA DEL PADRE Y/O DE LA MADRE

FECHA: / /

6. INFORME DE LA GUARDERÍA INFANTIL

NOMBRE/APELLIDO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA: / /

7. ADMISIÓN

Corresponde la admisión definitiva del niño Sí No

Observaciones:

Firma Jefe del DRH/DAP

FECHA: / /

Original: Departamento de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)

1a. Copia: Servicio de la Sala Maternal y/o Guardería Infantil