



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN "RINCÓN DE LA ANDE"

FECHA	
	1

## SALA MATERNAL Y GUARDERÍA INFANTIL

### 1. DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s) y Apellido(s) del/la niño/a:  2

Sobrenombre (apodo):  3 C.I. N°:  4

Lugar y fecha de nacimiento:  5 Edad:  6

Dirección:  7

Teléfono(s):  8 Barrio:  9

### 2. DATOS FAMILIARES

Nombre(s) y Apellido(s) del/a funcionario/a:  10 C.I. N°:  11

Unidad Administrativa:  12 N° de Personal:  13

Teléfono Oficina N°:  14 Horario normal de trabajo:  15

Domicilio:  16 Teléfono Particular N°:  17

Estado Civil:  18 Teléfono Celular N°:  19

Nombre(s) y Apellido(s) del padre/madre:  20 C.I. N°:  21

Domicilio:  22

Teléfono Particular N°:  23 Teléfono Celular N°:  24

Ocupación:  25 Lugar de trabajo:  26

Dirección Laboral:  27 Teléfono Trabajo N°:  28

El/la niño/a vive con:  Su padre  Su madre  Ambos  Otros

Número de hermanos del/a niño/a:  30 Lugar que ocupa el/la niño/a en la familia:  31

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

Médico Pediatra:  32 Teléfono N°:  33

Seguro Médico:  34 Carnet N°:  35

Estatura:  36 Peso:  37 Grupo Sanguíneo:  Factor:  38

Alergias:  Sí  No ¿Cuál(es)?  39

Enfermedades padecidas:  40

Problemas de salud familiar:  Hipertensión  Diabetes  Obesidad  Otros:  41

Problemas cardiovasculares:  Sí  No ¿Cuál(es)?  42

Problemas respiratorios:  Sí  No ¿Cuál(es)?  43

Medicamentos:  Sí  No ¿Cuál(es)?  44

Vacunación:  Sí  No ¿Cuál(es)?  45

Tiene parasitosis?  Sí  No Cuánto tiempo?:  46

Caries:  Sí  No Tratada:  Sí  No 47

Duerme la siesta:  Sí  No Usa la mamadera:  Sí  No 49

Come sólo:  Sí  No Duerme sólo:  Sí  No ¿Con quién?  51

Come de todo:  Sí  No Preferencias:  53

Frecuencia/defecación:  Diario  Semanal  Eventual  Otras:  54

Actitud relacional:  Confianza  Timidez  Facilidad de trato  Otras:  55

Juegos:  56  Juega solo  Juega con otros Preferencias:  57

Problemas conductuales:  Sí  No ¿Cuál(es)?  58

Recibe castigos:  Morales  Físicos En qué situaciones específicas:  59

Observaciones:  60

**4. AUTORIZACIÓN**

61

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**

62


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.

63

FIRMA DEL FUNCIONARIO/A

64

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.

65

FIRMA DEL PADRE Y/O DE LA MADRE

FECHA: / /

**6. INFORME DE LA GUARDERÍA INFANTIL**

66

67

NOMBRE/APELLIDO Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA: / /

**7. ADMISIÓN**

Corresponde la admisión definitiva del niño  Sí  No

Observaciones: 69

70

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