



UNIDAD EDUCATIVA COLEGIO ITALO VENEZOLANO
"ANGELO DE MARTA"

Instituto Privado Inscrito en el M.P.P.E
Código Plantel S0596DO321
Puerto La Cruz – Edo. Anzoátegui

SOLICITUD DE CUPO - PROGRAMA VESPERTINO

Llenar esta planilla no asegura el ingreso a la institución, estará sujeto a la disponibilidad de cupo

Fecha de solicitud: _____ Año escolar 201____ - 201 ____
Nivel o Grado que desea ingresar: _____

DATOS DEL ALUMNO

Apellidos:	
Nombres:	
Lugar de nacimiento:	Estado:
País:	Edad actual:
Fecha de nacimiento:	
Ascendencia Italiana: Si ____ No ____	Describe parentesco:
Dirección de habitación:	
Teléfono Hab.	
Tipo de sangre:	¿Alergia (s)?
Enfermedad(es):	
Medicamento(s):	
¿Tiene hermanos en el colegio?	¿Cuántos?
Nombre del Representante legal (en caso de no ser los padres):	
Vínculo:	

DATOS DE LA MADRE O REPRESENTANTE

Apellidos y Nombres:	
Cédula de Identidad:	Profesión:
Estado civil: S: ____ C: ____ D: ____ V: ____	
Nivel académico: No Bach ____ Bach ____ TSU ____ Superior ____	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Lugar de nacimiento:	
Actividad Laboral:	Situación Laboral: Empleado : ____ Desempleado: ____
	Independiente ¿Cuál?
	Empresa donde trabaja:
	Cargo:
	Ingreso mensual:
	Dirección:
Telf. Oficina:	
Teléfono celular:	Posee vehículo: Si ____ No ____
Teléfono habitación:	
Correo electrónico:	
Dirección de habitación: Indique si es la misma que la del alumno Si ____ No ____	

DATOS DEL PADRE O REPRESENTANTE

Apellidos y Nombres:	
Cédula de Identidad:	Profesión:
Estado civil: S: ___ C: ___ D: ___ V: ___	
Nivel académico: No Bach ___ Bach ___ TSU ___ Superior ___	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	
Actividad Laboral:	Situación Laboral: Empleado : _____ Desempleado: _____
	Independiente ¿Cuál?
	Empresa donde trabaja:
	Cargo:
	Ingreso mensual:
	Dirección:
Telf. Oficina:	
Teléfono celular:	Posee vehículo: Si ___ No ___
Teléfono habitación:	
Correo electrónico:	
Dirección de habitación: Indique si es la misma que la del alumno Si ___ No ___	

INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL NIÑO O LA NIÑA**ANTECEDENTES PARANATALES**

¿Cómo fue el parto?: Normal ___ Cesárea ___ Fórceps ___ Prematuro: ___ de: ___ Al nacer: peso ___ talla ___

ANTECEDENTES POSTNATALES

Al nacer, según el doctor la niña o niño nació bien: Si ___ No ___ Si es no Explique:

Hasta los 18 meses era: Tranquilo/a ___ Comía bien ___ Alegre ___ Enfermiso ___ Nervioso/a ___
Dormía mucho ___ Lloraba con frecuencia ___ Muy dependiente ___

¿Hubo algo del desarrollo temprano (durante los 18 meses) de su hijo/a que le llamara la atención por algún motivo?

SALUD

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? Si ___ No ___ ¿por qué?

En caso de fiebre alta ¿qué medicamento le administran?

¿Padece de alguna limitación motora, de crecimiento, auditivo o visual Si ___ No ___

¿Es atendido por especialistas?

Tiene facilidad o propensión a enfermarse de:

HÁBITOS

¿Almuerza solo? ___ ¿Merienda todas las tardes? ___ ¿Goza de buen apetito? ___ ¿Se ahoga con frecuencia cuando come? ___ ¿qué comidas prefiere? _____

¿Qué comidas evita?

SUEÑO

¿A qué hora duerme? Por las noches _____ Durante el día _____ ¿Cómo es el sueño? Tranquilo ___

Insomne ___ Agitado ___ Sufre pesadillas ___ Sonámbulo ___ ¿Con quién duerme del niño? _____

¿Chupa dedo o chupón para dormir? _____ ¿Pide algo especial para dormir? ___ ¿qué? _____

JUEGO

¿Qué juegos son los que más le gustan?

¿Cuáles son sus juguetes preferidos?

¿Con quién juega el niño en casa?

DESARROLLO EMOCIONAL Y COGNITIVO

¿Demanda atención de los adultos? Poca ___ Bastante ___ Mucha ___ Normal ___

¿Se entretiene sólo durante un tiempo? Si ___ No ___ ¿Coge rabinetas o pataletas? ___

¿con qué frecuencia? _____ ¿Con qué motivos? _____

DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA

¿Ayuda o colabora con alguna tarea sencilla de la casa? ___ ¿cuál? _____

¿Se quita o pone - o intenta- alguna prenda de vestir solo/a? ___ ¿Tiene alguna autonomía en el baño? ___

¿Recoge con frecuencia sus juguetes? ___ ¿Come solo/a? ___ ¿Pide ayuda en exceso para hacer las cosas? ___ ¿Favorecen ustedes el desarrollo de la autonomía? ___ ¿Cómo? _____

OTROS DATOS DE INTERÉS

Manifiesta con frecuencia alguna de las conductas que se citan:

Hacerse daño: arañarse, golpearse, arrancarse el pelo Si ___ No ___

Golpea, arremete o insulta a otros niños Si ___ No ___

Reacciona cuando otros le pegan Si ___ No ___

Rompe, destruye objetos y juguetes Si ___ No ___

Llora con extraordinaria facilidad Si ___ No ___

Se resiste a tomar un vaso y prefiere el tetero Si ___ No ___

Se niega a dormir solo/a Si ___ No ___

Tiene algunos miedos exagerados (oscuridad, animales...) Si ___ No ___

Le cuesta adaptarse a las personas nuevas Si ___ No ___

Está triste con frecuencia Si ___ No ___

Con frecuencia llora para conseguir lo que quiere Si ___ No ___

Se niega frecuentemente a hacer las cosas Si ___ No ___

Es tremendamente movido, está cambiando de actividad frecuentemente Si ___ No ___

Pasa mucho tiempo viendo la TV o juegos de videos Si ___ No ___

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL NIÑO/A DE LA INSTITUCIÓN**MOTIVO POR EL CUAL DESEA INSCRIBIR A SU REPRESENTADO**_____
Firma del Representante**RECAUDOS QUE DEBE SUMNISTRAR EN CARPETA MANILA TAMAÑO OFICIO EN CASO DE QUE SU HIJO/A SEA ACEPTADO**

Fotocopia de la partida de nacimiento del alumno ___

Fotocopia de la cédula de identidad de ambos padres ___

1 fotografías del alumno ____, 1 fotografía del padre, ____, 1 fotografía de la madre ____