



SOLICITUD DE INGRESO

Favor de entregar esta solicitud con un pago no reembolsable de \$100.00 a nombre de Initiative for Independent Schooling in Puerto Rico (IISinPR).

Nombre del Menor _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Genero _____

Solicitando entrada en: 2015-2016 2016-2017 Fecha de Inicio Anticipada: _____

Información de Padres o Tutores:

Nombre de Madre	_____	Nombre del Padre	_____
Dirección	_____	Dirección	_____
Municipio	_____	Municipio	_____
Estado/Isla/cod Postal	_____	Estado/Isla/cod Postal	_____
Teléfono Hogar	_____	Teléfono Hogar	_____
Celular	_____	Celular	_____
Trabajo	_____	Trabajo	_____
Correo Electrónico	_____	Correo Electrónico	_____
Ocupación	_____	Ocupación	_____
Trabaja con:	_____	Trabaja con:	_____

El Menor vive con: Ambos Padres Madre Padre Abuelos Tutores

Para uso de la oficina:

Fecha de entrega: _____ # Cheque: _____ Cantidad: _____

Revisado por: Administración: _____ Facultad: _____

Fecha de ingreso: _____

Solicitamos la siguiente información para poder obtener un cuadro completo de las

Solicitamos la siguiente información para poder obtener un cuadro completo de las etapas de desarrollo de los niños/as que están bajo nuestro cuidado. Esta información nos ayudará a brindar el mejor servicio posible dentro de nuestras habilidades y nos permitirá servir a las necesidades individuales de cada niño/a y su familia. Toda la información se mantendrá confidencial.

HISTORIAL DEL NIÑO/A

Favor de describir el embarazo y parto de su hijo/a (embarazo normal o complicado, parto en hospital o en el hogar, familia y amigos presentes, etc.) _____

Si es adoptado, ¿a qué edad y bajo qué circunstancias? _____

Peso al nacer: _____ ¿Lactó? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿A qué edad logró su hijo: Sentarse? _____ Gatear? _____ Caminar? _____ Hablar? _____
Referirse a sí mismo como “Yo”? _____ Ir solo al baño? _____

¿Algún evento fuera de lo ordinario o alguna complicación durante los primeros tres años? Explique:

Estado de salud física actual: _____

Estado de salud emocional actual: _____

Resultados y fechas aproximadas del último:

Chequeo médico: _____ Chequeo dental: _____

Chequeo auditivo: _____ Chequeo visual: _____

Describa cualquier condición física que debamos atender (visión, audición, habla, motor, etc.):

Describa cualquier accidente u operación: _____

Mencione cualquier alergia a alimentos, medicamentos o ambiental: _____

RITMO: FAMILIA Y HOGAR

Si su hijo/a no vive con ambos padres, favor de describir la situación de vida: (¿Cuánto tiempo pasa el niño/a con la madre? ¿Con el padre? ¿Con quién vive? _____

Hermanos/as: Nombre:Edad:

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Describe la relación del niño/a con sus hermanos: _____

¿Tienen mascotas en el hogar? Describe: _____

Describe los hábitos de sueño de su hijo/a: (Si se duerme fácilmente o no, si duerme toda la noche, sueños recurrentes o pesadillas, como se despierta por la mañana- alegre, de mal humor, cansado, etc.)

¿A qué hora se despierta su hijo en la mañana? Días de semana: _____ Fin de semana: _____ ¿A qué hora se acuesta su hijo por la noche? Días de semana: _____ Fin de semana: _____

Describe la rutina en el hogar a la hora de acostarse: _____

Hábitos alimenticios:

Describe un desayuno típico: _____

Comidas favoritas: _____

Comida que le desagrada (agrio, salado, etc.) _____

¿Algún alimento que sea restringido? _____

Describe las comidas familiares: (horario, si comen juntos, dieta especial familiar, etc.)

¿Qué actividades familiares disfrutan juntos? _____

¿Considera el ritmo un elemento importante en la vida de su hijo/a? _____ De ser afirmativo, como lo provee? _____

¿Qué idioma/s se habla/n en el hogar? _____

Describe como se implementa la disciplina en el hogar: _____

Tareas diarias del niño/a: _____

¿Qué festivales o tradiciones celebran como familia? _____

¿Algún comentario adicional sobre su vida familiar que quisiera compartir con nosotros? (tradiciones especiales, practicas o creencias, etc.) _____

HISTORIAL DE JUEGO Y VIDA SOCIAL

Describe las actividades que su hijo/a disfruta: _____

Describe como juega su hijo/a: (relaciones con sus amigos, juega solo, juguetes especiales, juego al aire libre, etc.) _____

Horas diarias aproximadas de: TV: _____ Juegos de Video: _____ Computadora: _____

¿Está dispuesto a restringir el uso de medios electrónicos de su hijo/a? _____

¿Cómo describiría el temperamento de su hijo/a? _____

¿Cuales considera son las cualidades más fuertes en el carácter de su hijo/a? _____

¿Qué cualidades quisiera fueran reforzadas? _____

HISTORIAL ACADEMICO Y SOCIAL

Programas de aprendizaje temprano que su hijo/a haya participado: _____

Intereses y talentos: _____

Escuelas o Cuidos anteriores: Ciudad/Pueblo: Fechas: Años:

Última escuela a la que asistió: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Director/a o Maestro/a: _____

¿Podemos contactar esta escuela referente a su hijo/a? Si _____ No _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Favor de describir cualquier condición física, limitaciones de índole académica o emocional o cualquier otra condición por la cual su hijo/a este recibiendo tratamiento. Favor de incluir los medicamentos que su hijo toma como parte del tratamiento.

¿Ha sido su hijo/a evaluado alguna vez por limitaciones en el aprendizaje? Si _____ No _____ Favor de describir: _____

¿Nos autoriza a consultar con los recursos pertinentes para evaluar la condición o limitación arriba mencionada? Si _____ No _____

Firma de Padre/Madre: _____

Nombre, dirección y teléfono de los recursos que llevaron a cabo la evaluación: (favor de incluir copias de las evaluaciones con esta solicitud):

Favor de decirnos cuáles son sus expectativas con esta educación y por qué ha escogido la Escuela Micael para su hijo/a.

Favor de utilizar este espacio para incluir cualquier información adicional relacionada a su hijo/a o familia que quisiera compartir con nosotros:

INFORMACION DE LOS PADRES

¿Cómo se enteró de la Escuela Micael? _____

Nombre y dirección de la persona que debe recibir la correspondencia y notificaciones: (si es diferente a la de los padres)

Nombre completo: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Para poder mantener a los abuelos informados de las actividades de la escuela, les enviamos invitaciones a eventos especiales. Favor de proveer los nombres y direcciones de los abuelos vivientes:

Nombre: Apellido: Dirección postal:

¿Desea recibir una solicitud para asistencia económica? Si _____ No _____

¿Quién asume la responsabilidad financiera por los pago de matrícula y mensualidad?

Como escuela independiente, dependemos de la participación activa de los padres de nuestra comunidad, especialmente en las áreas de recaudación de fondos, reuniones de padres y maestras, festivales y otros eventos especiales. ¿Cómo se ve usted participando en el futuro con la escuela?

Entendemos que todos los arreglos de pagos de matrícula y mensualidad serán hechos a través de la oficina de administración, que el pago de \$100 por solicitud no es reembolsable y que esta solicitud es válida solo para el año señalado,

Firma: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La Escuela Micael es parte de la organización sin fines de lucro, Initiative for Independent Schooling in Puerto Rico, Inc. (IISinPR) y prohíbe la discriminación a causa de raza, color, origen nacional, género, edad, y creencias religiosas o políticas.