



ENTREVISTA DE ADMISIÓN AL NIVEL MEDIO

DATOS DEL ALUMNO

Apellido/s:																									
Nombres:																									
Escuela de la que proviene																									
DNI:						Teléfonos:																			
Fecha de nacimiento:								Edad																	
Lugar de nacimiento:																									
Calle								Nº																	
Barrio																									
Tipo de vivienda:		casa		<input type="checkbox"/>		departamento		<input type="checkbox"/>		compartida		<input type="checkbox"/>		otro											
¿En construcción?		Sí		No		¿Cuántas Habitaciones tiene?				¿Tiene patio?		Si		No											
Tipo de servicios		Agua		<input type="checkbox"/>		Luz		<input type="checkbox"/>		Gas		<input type="checkbox"/>		Teléfono		<input type="checkbox"/>		Internet		<input type="checkbox"/>		Cable		<input type="checkbox"/>	
¿Con quiénes vive?																									
¿Cómo es su rendimiento escolar?								¿Necesita apoyo escolar?																	
¿Cuál es su conducta, comportamiento y actitud, frente al estudio y deberes escolares?																									
¿Está bajo tratamiento psicopedagógico, psicológico, etc.? Especificar																									
¿Es alérgico? - ¿A qué?																									
¿Tiene alguna dificultad motora?		Si		No		¿Le realizaron exámenes?				Si		No													
¿Cuál? (pie plano, hemiplejía, pie catre, columna, articulaciones, etc.)																									
¿Sufrió algún accidente, convulsiones, enfermedades?																									
Enfermedades que padeció:		Bronquitis		<input type="checkbox"/>		Hepatitis		<input type="checkbox"/>		Paperas		<input type="checkbox"/>													
Asma		<input type="checkbox"/>		Varicela		<input type="checkbox"/>		Alergias		<input type="checkbox"/>		5º Enfermedad		<input type="checkbox"/>		Ninguna		<input type="checkbox"/>							
¿Tuvo convulsiones?		Si		No		¿Con qué frecuencia?																			
¿Está medicado?		Si		No		¿Por qué?																			
¿Tiene alguna dificultad cardiológica?																									
¿Tiene dificultad respiratoria?																									



¿Ve bien?	Si	No	¿Usa Anteojos?	Si	No
¿Oye bien?	Si	No	¿Usa Audífono?	Si	No

¿Tiene obra social?	Si	No	
---------------------	----	----	--

¿Cuáles de las 4 comidas come al día?	Desayuno	
	Almuerzo	
	Merienda	
	cena	

Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación (Celíaco, diabético, etc.)	
---	--

¿Tiene hermanos?		¿Cuántos?		¿Qué lugar ocupa su hijo/a?	
------------------	--	-----------	--	-----------------------------	--

Nombre del Hermano	Nivel en el que estudia			
	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario /Univ. <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario /Univ. <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario /Univ. <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario /Univ. <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>
	Inicial o Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario /Univ. <input type="checkbox"/>	No estudia <input type="checkbox"/>

¿Asisten a Nstra. Institución?	Si	No	¿Cuántos?		¿En qué Nivel?	
--------------------------------	----	----	-----------	--	----------------	--

DATOS DE LOS PADRES

Estado civil casados separados Unión de hecho Madre sola Viuda/o divorciados

MADRE						
Apellido y Nombre						
Edad						
DNI						
Calle			Nº	Barrio		
Teléfono fijo			Celular			
Estudios cursados		Primario <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Terciario <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Ocupación			Razón Social			
Profesión						
Horario de trabajo						



PADRE						
Apellido y Nombre						
Edad						
DNI						
Calle		Nº	Barrio			
Teléfono fijo		Celular				
Estudios cursados		Primario	Secundario	Terciario	Universitario	Otros
Ocupación		Razón Social				
Profesión						
Horario de trabajo						

TEMAS DE INTERÉS

¿Quién pone los límites en su casa?					
¿Hay acuerdo en casa en la puesta de límites?					
¿Qué tipo de límites utiliza?					
¿Concurre a actividades extraescolares?		¿Cuáles?			
¿Ve televisión?	Si	¿Qué programas?			
	No				
¿Cuántas horas diarias?					
¿Lee revistas, libros, novelas, etc.?					
¿Escucha música?	Si	¿Qué género?			
	No				
¿Tiene PC?		¿Cuántas horas pasa frente a la PC?			
Posee cuenta en alguna red social (facebook, twitter, instagram, etc.)			¿Cuál?		
¿Es supervisada por un adulto?					
¿Tiene celular?		¿Hace uso medido del mismo?			
¿Qué religión practica la familia?					
¿Hay algo que desea comentar sobre su hijo o preguntar sobre la institución?					

Firma y Aclaración del Padre/
Tutor

Firma y Aclaración de la Madre

Lugar y fecha: _____