



FORMULARIO DE ADMISIÓN ARKIDS SPACE S.A.S

Para uso de ARKIDS, Centro Integral de Desarrollo Infantil

Grado A Ingresar _____

Fecha _____

Modalidad: _____

Recibido por _____

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL/LA ESTUDIANTE

Nombre del niñ@: _____

FOTO

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Numero de RCN: _____

Edad (Años y meses a la fecha actual) _____

No. De hermanos y edades _____

Posición que ocupa entre sus hermanos _____

Tipo de sangre: _____

Ha estado en otros jardines o programas de estimulación. ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo? _____

1. Historia del desarrollo

	NORMAL	COMPLICACIONES
Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





ARKIDS

Si hubo complicaciones, cuales fueron? _____

2. Describa la personalidad de su hijo (a):

3. Su hijo(a) realiza alguna (s) de estas acciones, marque la (X) a las que si:

Cuida sus juguetes _____ Se amarra los zapatos _____ Se viste solo _____

Va sólo al baño _____ Come solo _____ Duerme solo _____

4. Respecto al sueño de su hijo(a), responda aproximadamente:

Horas de sueño nocturno _____ Horas de sueño diurno _____ Tranquilo _____ Sonambulismo _____

Pesadillas _____ Temores nocturnos _____ Habla dormido _____

5. Respecto a la alimentación

Al comer su niño (a) maneja bien: Cuchara ___ Tenedor ___ Cuchillo ___ necesita ayuda ___

Alimentos preferidos: _____

Alimentos rechazados _____

Toma tetero (Sí _____ No _____) Horario: _____

6. Qué le ha preocupado del desarrollo nutricional de su hijo/a:

7. Salud general del niño (a):

Buena _____ Regular _____

¿Tiene el niño (a) alguna necesidad específica relacionada con su salud o estado físico?

a. Antecedentes médicos y/o quirúrgicos: _____

b. Toma medicamentos: Sí _____ No _____ Frecuencia _____

¿Cuáles? _____

c. Dieta: Sí _____ No _____

d. Tiene alergias: Sí _____ No _____

¿Cuáles? _____

e. Usa anteojos: No _____ Sí _____ Permanentes _____ No permanentes _____



CRA 15 No 135B – 34. BARRIO CEDRITOS. TELÉFONOS: 311-8470941 - 7816482

WWW.ARKIDS.COM.CO



ARKIDS

- f. Usa audífono: No _____ Si _____ Permanente: _____
- g. Tiene alguna condición de sobre peso o desnutrición: No _____ Si _____ Cual? _____
- h. Tiene alguna enfermedad de riesgo y comorbilidad con covid 19: No _____ Si: _____ Cual? _____
- _____
- i. Algún miembro del núcleo familiar tiene condición de riesgo. Por favor comente cual?
- _____

8. ¿Ha sido evaluado por especialistas? (Marque con una X):

Psicología _____ Neuropsicología _____ Psiquiatría infantil _____ Terapia Ocupacional _____ Fisioterapia _____
Fonoaudiología _____ Educación Especial _____

a. Estuvo en terapia: cuál? _____ cuanto tiempo: _____
Logros alcanzados _____

b. ¿Necesita iniciar o continuar con apoyo en alguna de estas áreas: No _____ Si _____
Cual? _____
Porque? _____

c. Está interesado en que tome estas terapias en el jardín?
Cuales?: _____

9. Suministre cualquier otra información que usted considere necesaria e importante conocer por el Centro Integral de desarrollo infantil ARKIDS, para poder prestarle la mejor atención a su hijo (a).

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

1. Personas que viven con el niño (a) en la misma casa (incluya a la empleada si la hay)

Nombre	Parentesco	Ocupación	Edad	Empresa/institución
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____





ARKIDS

2. Información sobre el padre.

Nombre: _____ Nacionalidad: _____
Edad: _____ Profesión: _____
Empresa donde trabaja: _____
Cargo actual: _____
Dirección: _____ Teléfono/oficina: _____ Celular: _____
Nivel de manejo del inglés: _____
Dirección residencia del padre: _____
Teléfono residencia: _____ Email: _____
Fecha de nacimiento: _____
Describe la relación con su hijo
(a) _____

3. Información sobre la madre.

Nombre: _____ Nacionalidad: _____
Edad: _____ Profesión: _____
Empresa donde trabaja: _____
Cargo actual: _____
Dirección: _____ Teléfono/oficina: _____ Celular: _____
Nivel de manejo del inglés: _____
Dirección residencia del padre: _____
Teléfono residencia: _____ Email: _____
Fecha de nacimiento: _____
Describe la relación con su hijo
(a) _____

4. Datos personales de otro acudiente, en caso de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____
Nacionalidad: _____ Edad: _____ Profesión: _____
Dirección: _____ Teléfono oficina: _____ Celular: _____
Dirección: _____ Teléfono residencia: _____
Email: _____

5. Por favor comenta, como son las pautas de crianza con tu hijo o hija, cuales son las normas y valores de tu hogar:





ARKIDS

SE NOS HA HECHO SABER QUE EL NÚMERO DE CUPOS ES LIMITADO, CONOCEMOS Y ACEPTAMOS LAS TARIFAS DEL PREESCOLAR Y CUMPLIREMOS CON EL PAGO OPORTUNO, EL PACTO DE CORRESPONSABILIDAD Y EL PACTO DE CONVIVENCIA DE ESTA INSTITUCIÓN.

DECLARAMOS QUE TODA LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CORRESPONDE A LA VERDAD.

FIRMA DE LA MADRE
CC.

FIRMA DEL PADRE
CC.

