



STAR KIDS PANAMÁ



PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de Inscripción _____

Nivel: Lactantes ^(6m-1) ____ Maternal A ⁽¹⁻²⁾ ____ Maternal B ⁽²⁾ ____ Maternal C ⁽³⁾ ____ pk ____ k ____

Datos del Alumno:

Apellidos: _____

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ C.I./Pasaporte: _____

Edad: _____ años y _____ meses. Sexo: M _____ F _____

Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono: _____

Personas con las que vive: _____

* Pediatra: _____ Teléfonos: _____

Celular: _____ Lugar donde trabaja: _____

Datos de la Madre:

Apellidos: _____

Nombres: _____

N°. de cédula: _____ Ocupación o Profesión: _____

Lugar donde trabaja: _____

Teléfono (Ofic): _____ Celular: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono casa: _____

Correo: _____

Datos del Padre:

Apellidos: _____

Nombres: _____

N°. de cédula: _____ Ocupación o Profesión: _____

Lugar donde trabaja: _____

Teléfono (Ofic): _____ Celular: _____

Domicilio: _____

_____ Teléfono casa: _____

Correo: _____

Datos administrativos:

Fecha de inicio del alumno: _____

Turno escogido: Mañana _____ Tarde _____ Comidas incluidas _____

Aplica descuento por hermanos: Si _____ (%) No _____

Forma de pago escogida: Cheques _____ Depósito bancario _____ ACH: _____

Autorizaciones:

El alumno será retirado a la salida por:

Madre: _____ Padre: _____ Busito: _____ Nana: _____ Chofer: _____ Otro: _____

De no ser el Padre o la Madre, por favor indique:

Nombre y Apellido: _____ Teléfonos: _____

* Recuerde notificar por escrito cuando el alumno vaya a ser retirado por una persona diferente a la señalada en esta planilla. De lo contrario no se le permitirá la salida.

Personas NO autorizadas a retirar al alumno (en caso de que existan)

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

*Por SEGURIDAD es muy importante notificar por escrito cuando un empleado autorizado para retirar al alumno deja de prestar servicios a la familia. Igualmente cuando existen medidas legales para impedir a una persona tener contacto con el alumno. Obviar esta medida libra a la institución de cualquier responsabilidad.

En caso de emergencia, de no poder localizar a los padres. Indique 3 personas adicionales a llamar:

Nombre: _____ Teléfonos: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfonos: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfonos: _____ Relación: _____

Como representante del alumno, Si _____ No _____ autorizo a que el mismo sea Trasladado de inmediato al Centro de Salud Privado más cercano cuando la emergencia así lo requiera y previa aviso.

Como representante del alumno, Si _____ No _____ autorizo a que se le administre el medicamento _____ Dosis: _____ para controlar la fiebre mientras llevo al centro para retirarlo.

Antecedentes del alumno

Durante el tiempo de gestación del alumno, tuvo algún problema de salud la madre, Si _____ No _____

Especifique: _____.

Recibió algún tratamiento médico: Si _____ No _____

Especifique: _____.

El parto se presentó a los _____ meses y fue parto: Natural: _____ Cesárea: _____

El alumna es el hijo numero 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ de la familia.

Indique el idioma materno (el hablado en casa): _____

Menciones 3 características que considera positivas en la conducta de su hijo(a): _____.

Menciones 3 características que considera negativas en la conducta de su hijo(a): _____.

Si el niño(a) es mayor de 2 años, especifique: Edad en la que gateó: _____ Edad que camino: _____

Edad en la que habló: _____.

Si el niño(a) as mayor de 3 años, especifique: Edad en la que dejó los pañales, _____

Es de buen dormir Si _____ No _____ Es de buen comer: Si _____ No _____

En esta la primera experiencia escolar del niño(a): Si _____ No _____

La escuela anterior fue _____ y asistió por _____ (tiempo)

En casa el niño(a) as atendido principalmente por _____ y comparte con mamá _____

Horas al día y con papá _____ Horas al día.

Si el padre o la madre padecen alguna enfermedad o condición especial, par favor especifique _____.

El niño(a) ha estado hospitalizado en _____ ocasiones por _____.

Si el niño(a) ha sido operado por favor indique: _____.

Padece el niño(a) de alguna enfermedad o condición especial: Si _____ No _____.

Especifique: _____.

Toma algún medicamento: Si _____ No _____, Especifique: _____.

Vacunación: Completa _____ incompleta: _____.

Tipo de Sangre: _____ Peso: _____ Talla: _____.

Es Alérgico a: Penicilina _____ Mariscos _____ Yodo _____ Sulfa _____ Merthiolate _____

Aspirina _____ Cítricos _____ Lactosa _____ Otros _____.

Ha sufrido el alumno de; Convulsiones _____ Asma _____ Desmayo _____ Diabetes _____

Rubéola _____ Paperas _____ Sarampión _____ Varicela _____ Tosferina _____.

Hepatitis _____ Amebiasis _____ Meningitis _____ Otros _____.

Favor de informa cualquier otra información de relevancia.

- Comunicar constantemente la aplicación de vacunas pare tener siempre actualizado la tarjeta de vacuna.
- Autorizo la aplicación de las vacunas requeridas por mi acudido, realizado por el personal idóneo:
_____ (firma).
- Quien será la persona responsable de poner a estudiar al niño o a realizar sus tareas:
_____.
- Quien lo recibe después de la escuela/Guardería: _____.
- Quien será la persona que dará seguimiento y cumplirá con el programa calendario de actividades: _____.
- Qué actividad extracurricular hace después de clases o fines de semana:
_____.
- Que actividades se realiza en familia: _____.
- Cuáles son sus gustos: _____.

Firma de Padres: _____