



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

DATOS DE IDENTIDAD:

FECHA DEL LLENADO DE LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/A ALUMNO/A: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AREA DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

HORARIO DE ATENCIÓN: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_

CUADRO DE VACUNACION COMPLETO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ EN CASO DE NO ESTARLO ESPECIFIQUE LOS

MOTIVOS: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE: \_\_\_\_\_ TIPO DE SEGURO MEDICO Y REGISTROS: \_\_\_\_\_

TIENE ALGUN TIPO DE PADECIMIENTO FÍSICO, ALERGICO, CRÓNICO, ETC: \_\_\_\_\_

CONDICIONES DE SALUD Y/O SITUACIONES ESPECÍFICAS PARA MANTENER SU SALUD \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL(A) MENOR: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LOS PROGENITORES:

PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ DE OFICINA: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ DE OFICINA: \_\_\_\_\_

PERSONAS RESPONSABLES DEL (A) NIÑO (A) ANTE LA ESCUELA  
(tutor@) \_\_\_\_\_

CON QUIEN LLEGA Y SE RETIRA EL/LA MENOR DE LA ESCUELA:

FOTO \_\_\_\_\_ FOTO  
\_\_\_\_\_



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

EN CASO DE SER NECESARIO, ¿CON QUIEN DEBE COMUNICARSE EL PERSONAL DE LA ESCUELA EN HORAS DE CLASE? \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
¿A QUE TELEFONO Y DOMICILIO? \_\_\_\_\_

ESPECIFIQUE EL MOTIVO POR EL CUAL EL PADRE/MADRE DE FAMILIA, ELIGIÓ ESTA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA LA FORMACIÓN Y ATENCIÓN DE SU MENOR HIJ@: \_\_\_\_\_

SITUACIONES ESPECÍFICAS DEL DESARROLLO DEL/A MENOR

De forma breve describan el embarazo (la edad que tenían los padres cuando surgió en concepción del menor, situación familiar, anímica y física): \_\_\_\_\_

Parto. Fue cesárea \_\_\_\_\_ vaginal: \_\_\_\_\_ lloró de inmediato: \_\_\_\_\_ coloración de la piel: \_\_\_\_\_, peso: \_\_\_\_\_ talla: \_\_\_\_\_ reflejo de succión normal \_\_\_\_\_ blando: \_\_\_\_\_ nulo: \_\_\_\_\_ reflejo de deglución inmediato: \_\_\_\_\_  
Se ahogaba: \_\_\_\_\_ tiraba la leche: \_\_\_\_\_ seno materno: \_\_\_\_\_ tiempo: \_\_\_\_\_ formula: \_\_\_\_\_ tiempo: \_\_\_\_\_  
Datos que considere significativos en el nacimiento: \_\_\_\_\_

Post-Parto. La madre y el menor estuvieron juntos después del nacimiento: \_\_\_\_\_ en caso de que no, díganos por favor el o los motivo/s: \_\_\_\_\_

Describanos brevemente los seis primeros meses de su bebe: \_\_\_\_\_

Durante el primer año de vida, su infante tuvo alguna dificultad o datos que le hayan significado como un desarrollo muy rápido o muy lento, caídas, fracturas, operaciones, temperaturas elevadas, etc., \_\_\_\_\_

¿Gateo? \_\_\_\_\_ ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ ¿a qué edad comenzó a caminar? \_\_\_\_\_ ¿a qué edad comenzó a balbucear? \_\_\_\_\_ ¿a qué edad comenzó a hablar? \_\_\_\_\_ ¿a que edad controló los esfínteres diurnos? \_\_\_\_\_ ¿los nocturnos? \_\_\_\_\_ ¿cómo le ayudo o en qué se baso para dicho control? \_\_\_\_\_ ¿duerme solo/a? \_\_\_\_\_ (¿con quién y por qué?) \_\_\_\_\_



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

Coméntenos por favor, de forma breve, ¿cómo ha sido el desarrollo de su hijo/a en los primeros años de vida de acuerdo a la situación afectiva? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido para resolver sus dificultades, necesidades y/o conflictos?

\_\_\_\_\_

¿en su conducta? (pasiv@\_\_\_ agresiv@\_\_\_, conciente\_\_\_, conciliador/a\_\_\_, noble\_\_\_, temerari@\_\_\_ tranquil@\_\_\_, cariños@, hostil, etc)

\_\_\_\_\_

Regularmente usted observa que su hij@ tiene preferencias para realizar actividades como:

\_\_\_\_\_

¿L@s amig@ de su hij@, regularmente le parecen?

\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de tareas de casa, le ha asignado a su hij@ como parte de la contribución en el hogar?

\_\_\_\_\_

¿cómo es su reacción ante estas tareas?

\_\_\_\_\_

Podría hacernos el favor de describirnos a su hij@:

\_\_\_\_\_

¿podría hacernos el favor de describirnos cómo es su relación con su hij@?

\_\_\_\_\_

¿cómo ha sido el desempeño escolar de su hij@ y por qué lo considera así?

\_\_\_\_\_

¿Cuándo su hij@ va a realizar una tarea en específico, usted observa? (que se distrae con facilidad, que no le cuesta trabajo concentrarse, que puede terminar con el mismo ánimo con el que empezó, que regularmente se aburre, que es de discusión ese momento, etc)

\_\_\_\_\_

Por favor, expérenos sus expectativas con referencia a la escolaridad de su hijo dentro de nuestra institución educativa:

\_\_\_\_\_

Puede darnos su opinión acerca de las reuniones de padres y madres de familia, así como a la asistencia a talleres para madres y padres de familia:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

Sin más por el momento, agradecemos el tiempo dedicado al presente cuestionario, atentos a sus comentarios dudas y/o sugerencias con respecto a la atención y formación educativa de sus menores hijo , hija.



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

CARTA DE NO RESPONSABILIDAD

DICET A.C.  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
COLONIA \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

ESTIMADA PROFRA (OR) \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ENCARGADA Y O ENCARGADO DE GRUPO

LOS QUE SUSCRIBIMOS LA PRESENTE, MADRE Y/O PADRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO

A TRAVÉS DE ESTE INSTRUMENTO Y EN ATENCION A LOS SERVICIOS DE CUIDADO QUE USTEDES PROPORCIONAN A NUESTRA HIJA O HIJO, MANIFESTAMOS QUE LOS PADRES ESTAMOS CONSCIENTES DE QUE EL NIÑO (A) DENTRO DE LAS INSTALACIONES DE DICET A.C., EN

CENTROEDUCATIVO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CON CLAVE \_\_\_\_\_ CORRE RIESGOS DE LA MISMA FORMA QUE LOS CORRERIA EN OTRO LUGAR Y/O CON SUS PADRES, SIENDO DE NUESTRA SATISFACCION CON LOS SERVICIOS QUE SE NOS PROPORCIONAN, MISMOS QUE SABEMOS SE HACEN SIEMPRE CON EL MAYOR DE LOS CUIDADOS Y QUE ASUMIMOS NUESTRA RESPONSABILIDAD DE HACER CONSCIENTE AL NIÑO DE RESPETAR NORMAS ESTABLECIDAS EN TODAS Y CADA UNA DE LAS AREAS EN LA QUE MI HIJO O HIJA SE MUEVA DENTRO DE LA ESCUELA Y EN ACOMPAÑAMIENTO DE UN DOCENTE. .

NOMBRE DE LA NIÑA O EL NIÑO: \_\_\_\_\_

SERVICIO MEDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

**AUTORIZACION PARA VISITAS ESCOLARES**

COLEGIO VIGOTSKI

CICLO: 20\_\_ – 20\_\_

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJ@

A EFECTUAR PASEOS O EXCURSIONES, ACOMPAÑAD@ POR DOCENTES, COMPAÑEROS Y  
COMPAÑERAS DEL CENTRO EDUCATIVO  
\_\_\_\_\_ POR LOS ALREDEDORES  
DEL ESTABLECIMIENTO Y DE ESTA LOCALIDAD.



D.I.C.E.T. A.C.  
SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS  
CHIAPAS

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACION DEL  
PADRE DE FAMILIA.



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

CARTA DE NO RESPONSABILIDAD

FECHA \_\_\_\_\_

ESTIMADA C. \_\_\_\_\_

Nombre de la encargada y o encargado de grupo

LOS QUE SUSCRIBIMOS LA PRESENTE, MADRE Y/O PADRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO

DESEAMOS PONER DE SU CONOCIMIENTO QUE POR ESTE INSTRUMENTO Y EN ATENCION A LOS SERVICIOS DE CUIDADO QUE USTEDES PROPORCIONAN A NUESTRA HIJA O HIJO, MANIFESTAMOS QUE LOS PADRES ACEPTAMOS QUE DENTRO DEL PROGRAMA DE LA INSTITUCION INGIERA ALIMENTOS QUE INCLUYEN DIETA EQUILIBRADA SEGÚN EL MENU SEMANAL MARQUE. ESTAMOS CONSCIENTES DE QUE EL NIÑO (A) DENTRO DE DICET A.C., EN EL CENTROEDUCATIVO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CON CLAVE \_\_\_\_\_ UBICADA EN CALZADA DE LA ESCUELA No. 5 LOS ALCANFORES. QUE NUESTRO HIJO ES EL UNICO RESPONSABLE DE ASISTIR A LA COCINA Y TOMAR LOS ALIMENTOS QUE SE LE OFREZCAN, DESARROLLANDO ASI LA COMPETENCIA DEL CUIDADO DE SU SALUD Y QUE DE NO HACERLO, CORRE RIESGOS INHERENTES A SU DESARROLLO FISICO Y A SU SALUD, SIENDO DE NUESTRA SATISFACCION CON LOS SERVICIOS QUE SE NOS PROPORCIONAN, MISMOS QUE SABEMOS SE HACEN SIEMPRE CON EL MAYOR DE LOS CUIDADOS. DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCION NOMBRE DE LA NIÑA O EL NIÑO: \_\_\_\_\_

SERVICIO MEDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA



DESARROLLO INTEGRAL CON EXCELENCIA TOTAL. A.C.  
ENTREVISTA INICIAL  
COLEGIO VIGOTSKI

CARTA DE NO RESPONSABILIDAD

FECHA \_\_\_\_\_

ESTIMADA C. \_\_\_\_\_  
Nombre de la encargada y o encargado de grupo

LOS QUE SUSCRIBIMOS LA PRESENTE, MADRE Y/O PADRE DE LA NIÑA O DEL NIÑO

DESEAMOS PONER DE SU CONOCIMIENTO QUE POR ESTE INSTRUMENTO Y EN ATENCION A LOS SERVICIOS DE CUIDADO QUE USTEDES PROPORCIONAN A NUESTRA HIJA O HIJO, MANIFESTAMOS QUE LOS PADRES ACEPTAMOS QUE FUERA DEL HORARIO QUE SE MANIFIESTA EN SU EXPEDIENTE ESTAMOS CONSCIENTES DE QUE EL NIÑO (A) DENTRO DE DICET A.C., EN EL CENTROEDUCATIVO \_\_\_\_\_ CON CLAVE \_\_\_\_\_ UBICADA EN CALZADA DE LA ESCUELA No. 5 LOS ALCANFORES. CORRE RIESGOS INHERENTES A SU DESARROLLO FISICO Y A SU SALUD, SIENDO DE NUESTRA SATISFACCION CON LOS SERVICIOS QUE SE NOS PROPORCIONAN, MISMOS QUE SABEMOS SE HACEN SIEMPRE CON EL MAYOR DE LOS CUIDADOS. DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCION.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA