



Fecha ____ / ____ / ____

| Responsable del Grupo: _____

| Ciclo Escolar: _____

| Días de Servio de: _____ a _____ con horario de las _____ a las _____ horas.

Instrucciones de llenado a partir de este punto.

- Antes de responder, favor de leer completo el formato y llenarlo a máquina o con letra de molde legible.
- **Todos los campos son obligatorios y necesarios, si tiene dudas pregunte en el filtro escolar.**

1. Datos del Alumno

Apellido Paterno: _____ | Apellido Materno: _____ | Nombre(s): _____

2. Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ | Edad Actual: Años: _____ Meses: _____

3. Dirección Actual

Estado: _____ Municipio: _____ Colonia: _____ Código Postal: _____

Calle y Número: _____ Entra la calle: _____ y la Calle: _____

Referencia: _____

4. Teléfonos de Contacto en Caso de Emergencia:

Teléfono Celular del Tutor Principal: _____ Correo Electrónico (e-mail): _____

Teléfono 2: _____ Nombre de Quién Contesta: _____

5. Datos Complementarios del niño:

No. de Hermanos Mayores: _____ No. de Hermanos Menores: _____

Nombre de la Escuela o Guardería Anterior: _____

6. Datos del padre (sólo si se hace responsable del niño)

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____ Puesto que desempeña: _____

Ubicación del Sitio donde trabaja (Calle y Municipio): _____

7. Datos de la madre

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación: _____ Puesto que desempeña: _____

Ubicación del Sitio donde trabaja (Calle y Municipio): _____

8. ¿Con quién vive el niño? Marque con una "x" Ambos Padres Padre Madre Tutor

DOCUMENTOS PARA INSCRIPCIÓN

(Original y 2 Copias legibles-nítidas
para Expediente)

Reinscripción de Infantes,
únicamente documentos con (*)

- Acta de nacimiento (Del Tutor y del Niño).
- C.U.R.P Vigente (De Ambos Tutores y Niño).
- 2 Fotos Actuales del Niño (T. infantil, a Color con Uniforme de Gala o fondo Blanco).*
- Cartilla de Vacunación (al corriente). *
- Comprobante de Domicilio (no más de 3 meses de antigüedad). *
- Certificado Médico Actual (no receta médica). *
- Carta de No Adeudo o Baja de Estancia Anterior. *
- Recibo de Pago del Servicio Requerido.
- 1 Folder Beige Tamaño Carta para el expediente.
- Identificación Oficial (Del Tutor Principal y 3 responsables).
- 1 Foto infantil nítida y formal de cada autorizado

| Parentesco

Foto Tutor

Foto Responsable 1

Foto Responsable 2

Foto Responsable 3

Bajo protesta de decir la verdad, el Tutor firma que el niño se encuentra en perfecto estado de salud, con todas las vacunas que para su edad requieren, así como reafirmar que todos los datos de esta solicitud son fidedignos y que está adquiriendo este servicio express sin cometer ningún ilícito. Por lo que Guardería y Kinder solo está proviendo un servicio con caducidad máxima de 05 horas a partir del sello oficial de recibido y se deslinda de cualquier conexión y/o responsabilidad con el Tutor fuera de nuestras instalaciones.

Nota. Al firmar ésta solicitud, los padres o tutores se comprometen a respetar y cumplir el reglamento interno de la escuela; así como darse por enterados del Aviso de Privacidad, Términos y Condiciones, formas de pago y obligaciones que adquieren con la Escuela. Para cualquier duda – aclaración – más información – etc. Favor de dirigirse a la página web: <http://www.guarderiykinder.com> , apartado Informes - Documentos y Formatos, en la sección de Reglamento o de así preferirlo, o hacer cita en la Dirección Escolar.

TUTOR DEL INFANTE

Nombre completo y Firma

DIRECCIÓN ESCOLAR

Evangelina C. Berletzis Reyes

ADMÓN. Y COORDINACIÓN ESCOLAR

Crisel G. Marín

Historia Médica del Alumno



Estancia Infantil
Francisco Gabilondo
Soler "Cri-Cri"



Jardín de Niños
Jaime Sabines

Fecha de llenado ____ / ____ / ____

Servicio _____

Tipo de Sangre:

Instrucciones de llenado a partir de este punto.

• Antes de responder, favor de leer completo el formato y llenarlo a máquina o con letra de molde legible.

* **Todos los campos son obligatorios y necesarios, si tiene dudas pregunte en el filtro escolar.**

| Datos del Alumno

Apellido Paterno: _____ | Apellido Materno: _____ | Nombre(s): _____

| Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ | Edad Actual: Años: _____ Meses: _____

| Dirección Actual

Estado: _____ Municipio: _____ Colonia: _____ Código Postal: _____

Calle y Número: _____ Entra la calle: _____ y la Calle: _____

Referencia: _____

| Teléfonos de Contacto en Caso de Emergencia:

Teléfono Celular del Tutor Principal: _____ Correo Electrónico (e-mail): _____

Teléfono 2: _____ Nombre de Quién Contesta: _____

5. Escribe los nombres de las enfermedades que tu hijo(a) ha padecido durante el último año de vida:

6. Enfermedades que padece con mayor frecuencia: _____

7. ¿El pequeño es alérgico? Si No ¿A qué es alérgico? _____

8. Nombre y número de teléfono del Médico Familiar: _____

9. Institución de derechohabencia del niño: _____ Número de Seguridad Social: _____

10. Recomendaciones Especiales: _____

11. ¿Su hijo(a) padece alguna de las siguientes enfermedades?

MARQUE CON X LA RESPUESTA	SI	NO	MARQUE CON X LA RESPUESTA	SI	NO
Sobrepeso u Obesidad			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Enfermedades de corazón			Amigdalitis (anginas)		
Bronquitis			Anemia		
Hemorragias			Hepatitis		
Epilepsia (ataques, convulsiones)			Neoplasias (Tumores)		
Fiebre Reumática			¿Otras enfermedades crónicas?		
Cáncer			Especifique: _____		

*Coloca una firma o rúbrica en cada hoja

ANTECEDENTES HEREDITARIOS DEL ALUMNO	SI	NO
¿Tiene algún familiar diabético? Parentesco: _____		
¿Tiene algún familiar enfermo del corazón? Parentesco: _____		
¿Tiene algún familiar hipertenso? Parentesco: _____		
¿Tiene algún familiar con cáncer? Parentesco: _____		

HA DETECTADO EN EL NIÑO QUE:	SI	NO	HA DETECTADO EN EL NIÑO QUE:	SI	NO
¿Duerme bien durante la noche?			¿Le duelen las piernas por la noche?		
¿Le da fiebre con frecuencia?			¿Se desmaya con frecuencia?		
¿Le falta aire después de hacer ejercicio?			¿Es alérgico a algún medicamento y/o bebida? Especifique: _____		
¿Es alérgico a algún medicamento? Especifique: _____			¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea?		
¿Presenta hemorragias (sangrados frecuentes)? Especifique: _____			¿Tiene impedimento para realizar actividades físicas y/o deportivas?		
¿Cuenta con algún antecedente médico?			¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?		

Bajo protesta de decir verdad, MANIFIESTO que las respuestas del cuestionario corresponden a mi hijo, que cursará el servicio especificado con anterioridad en Guardería y Kinder, en el Municipio de Cuautitlán Izcalli. A sí mismo, al firmar éste documento, autorizo a la institución que pueda hacer uso de la información cuando sea necesario y en caso de que durante el presente ciclo de servicio, mi hijo presentara alguna sintomatología o enfermedad que limite su desempeño en alguna actividad a realizar en la escuela; para lo cual me comprometo a informar inmediatamente por escrito de lo que acontezca con la salud del niño.

Nombre Completo y Firma del Padre o Tutor

Considero que la Institución, promueve el desarrollo integral y pertinente a las capacidades físicas e intelectuales de los alumnos; así como de sus actividades y valores, se requiere determine si autoriza que su hijo realice las actividades escolares programadas.

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Se firma este documento en Cuautitlán Izcalli, Estado de México a _____ de _____ de _____.

Manejo de Infantes

Aplica para los Alumnos de Todos los Niveles
Lactante | Maternal | Kinder 1-2-3
Servicios Adicionales



Estancia Infantil
Francisco Gabilondo
Soler "Cri-Cri"



Jardín de Niños
Jaime Sabines

1. Información veráz

El Tutor bajo protesta de decir verdad, entrega la Historia Médica con la información Requerida de su hijo y está consciente que sobre la información que emite, Guardería y Kinder trabajará con el cuidado del niño. La omisión de información específica de salud por parte del Tutor; sobre lo requerido del niño, puede provocar repercusiones en la Salud del mismo.

2. Atención Inmediata en Incidentes de Primer Nivel

Todos los accidentes de primer nivel, se atienden de inmediato en el sitio de primer contacto, dado que el personal de Guardería y Kinder cuenta con Capacitación y Cursos de Primeros Auxilios.

3. Atención para Accidentes con Nivel de Urgencia

Todas las urgencias se atienden de inmediato en el sitio de primer contacto, independientemente del nivel de atención de que se trate e inmediatamente (de ser necesario) se contacta con la Cruz Roja Mexicana; de no tener el niño un servicio de derechohabiente de alguna Institución de Salud, o a la Instancia en la cual el niño sea derechohabiente. Por lo que es obligación del Tutor, el actualizar y proporcionar toda la información necesaria para evitar pérdida de tiempo en la atención del menor.

4. Hospitalización de Tercer Nivel

Se aclara que no todos los hospitales de 3° Nivel cuentan con las subespecialidades y que algunos de 2° nivel sí pueden contar con ellas, dado que esta decisión recae completamente en manos de la Institución de Salud con la que cuente el niño. Por lo que Guardería y Kinder apoya al Tutor entregando a los especialistas el paciente.

5. Problemas Crónicos y Agudos de Salud

Es responsabilidad del Tutor abastecer a la Escuela con el medicamento que se empleará para su hijo. Se pide que entregue el medicamento a la Dirección Escolar junto con el Formato de Administración de Medicamentos debidamente llenado y el cual se encuentra en la siguiente dirección <http://www.guarderiykinder.com/formatosy-documentos/>.

6. Seguimiento Pediátrico

El tutor debe dar seguimiento oportuno a las consultas pediátricas de su hijo y para lo cual, Guardería y Kinder no tiene ningún tipo de injerencia y se deslinda del seguimiento médico que no refiera a la Administración de Medicamentos.

7. Enfermedades Contagiosas o de Cuidado Médico

Para salvaguardar la integridad física de los alumnos que asisten a Guardería y Kinder, queda prohibido el ingreso a cualquier niño que presente en el Filtro, síntomas de enfermedad como: Tos / Gripe / Calentura / o algún otra enfermedad bacteriana o viral. El procedimiento es que el Tutor lleve al niño a revisión médica y para poder brindarle el servicio nuevamente, requerimos la entrega de la Receta Médica debidamente llenada con letra legible en donde se especifique: Nombre Completo del niño, Diagnóstico Médico con especificación de cuántos días de reposo necesita, Nombre Completo del Médico, Número de Cédula Profesional y de ser necesario, el llenado del Formato de Administración de Medicamentos descrito. (Punto 4)

8. Seguro Escolar

Dentro de las Instalaciones de Guardería y Kinder, los alumnos debidamente inscritos, cuentan con un Seguro Médico Básico y el cual puede ser utilizado en caso de alguna incidencia. Por lo anterior, es obligación del Tutor el mantener la documentación de su hijo e información de contacto en caso de emergencia, actualizados.

9. Al firmar este documento...

Se dan por enterados de los Términos y Condiciones; así como el Aviso de Privacidad de Guardería y Kinder que se encuentran especificados en la página web <http://www.guarderiykinder.com/terminos-y-condiciones/> en donde se actualizan los mismos, dando por hecho que el tutor del alumno se mantendrá informado de toda la información formal de la Escuela.

TUTOR DEL INFANTE
Nombre completo y Firma

DIRECCIÓN ESCOLAR
Evangelina C. Berletzis Reyes

ADMÓN. Y COORDINACIÓN ESCOLAR
Grisel G. Marín