



**PROCESO DE ADMISIÓN PARA 1ER NIVEL
DE EDUCACIÓN INICIAL AÑO ESCOLAR 2020-2021**
REQUISITOS PARA LA PREINSCRIPCIÓN DE
PRIMER NIVEL DE EDUCACIÓN INICIAL:

El aspirante debe tener **3 años** o cumplirlos hasta el 31 de Diciembre de 2020.

(ABSTENERSE LOS QUE NO CUMPLAN CON ESTE REQUISITO)

Los siguientes requisitos deben consignarlos en una carpeta marrón tamaño oficio con gancho.

- ✓ 1 Fotografía tamaño carnet reciente del aspirante (pegada en la planilla).
- ✓ 1 Fotografía tamaño carnet reciente del representante (pegada en la planilla).
- ✓ 1 fotocopia **legible** de la partida de nacimiento del aspirante.
- ✓ 1 fotocopia de la cédula de identidad del padre, la madre y el responsable (en caso de no ser padre o madre).
- ✓ 3 cartas de recomendación de familias o personas vinculadas con el Colegio Rafael Castillo (Si no tiene hermanos estudiando en la institución)
- ✓ Una foto del grupo familiar que habita con el aspirante.
- ✓ Efectuar Depósito o transferencia bancaria de 50.000,00Bs (Cincuenta Mil Bolívares) en la cuenta corriente del banco provincial N° 0108.2409.5601.0001.8438 a nombre de U.E. Colegio "Rafael Castillo" o cancelarlo por el punto de venta en la secretaría del plantel. **(Este pago no garantiza el cupo).**
- ✓ Luego de consignar la carpeta se debe **cumplir con entrevista y convivencia** de los representantes (**padre, madre y/o responsable**), y **convivencia del aspirante** para poder optar al cupo.
- ✓ **IMPORTANTE:** Las copias de cédula y foto familiar pueden ser impresas en una misma hoja.

Pasos que se deben llevar a cabo:

1. Llenar completamente la solicitud de admisión .(Descargar en la Página web www.colegiorafaelcastillo.com.ve).
2. Adjuntar a la planilla completamente llena todos los requisitos anteriormente descritos y colocarlos en una carpeta marrón con gancho tamaño oficio.
3. Entregarlos en la coordinación del colegio los días Miércoles 18, jueves 19, miércoles 25 y jueves 26 de marzo de 2020 en el horario **de 7:30 am. a 11:00 am.** Será atendido por la Prof. Marbea Castillo ó por la Prof. María Virginia Castillo.
4. En la semana entre el 20 y el 24 de abril de 2020 se informará por llamada telefónica o mensaje de texto fecha de entrevista de los padres y/o responsables del aspirante (el día de la entrevista se informará fecha de convivencia de los padres y/o responsables y fecha de convivencia del aspirante).
5. Es **obligatorio** cumplir con la entrevista y la convivencia en la fecha y hora que se indique.
6. Se realizarán preinscripciones **SOLO PARA PRIMER NIVEL DE EDUCACIÓN INICIAL.**

Atentamente;
Prof. Márbea Castillo
Coordinadora de Inicial y Primaria
(Miércoles 04 de Marzo de 2020)



Foto del
Aspirante

Foto del
Representante

PLANILLA DE PREINSCRIPCIÓN PARA PRIMER NIVEL DE EDUCACION INICIAL

Datos del Aspirante:

Nombres: _____ Apellidos: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ años _____ meses. Como llaman al niño en casa, por su nombre _____
por apodo: _____ ¿cuál apodo? _____
Plantel de procedencia: _____ ¿Tiene hermanos en la Institución? _____
Nombre y apellido del (los) hermano (s) que estudia (n) en la institución: _____
Grado que cursa(n) el (los) hermano(s) _____

Control de esfínteres: Anal: _____ Vesical: _____ ¿Edad en que controló? _____
Utiliza pañal: En el día: _____ En la noche: _____ Las 24 horas: _____
¿Actualmente va al baño solo? Sí ___ No ___ ¿con ayuda? _____. ¿Por las noches moja la cama? Sí ___ No ___ a
veces _____.

Nacimiento: ¿Cómo fue el embarazo? Deseado ___ no deseado ___ Normal ___ de alto riesgo ___ Nació por parto
normal ___ cesárea ___ ¿se utilizó fórceps? ___ ¿Nació a termino? ___ prematuro ___ ¿Tuvo alguna dificultad al
nacer? _____

Alimentación:

¿Qué actitud adoptan los padres cuando no come? _____
¿Come solo? _____ ¿Cuántas veces come durante el día _____
¿Padece alguna enfermedad relacionada con la alimentación? (Celíaco, Diabético, alérgico a la lactosa, entre
otras) _____ Alimentos preferidos _____ Alimentos
prohibidos _____ ¿Usa chupón? Sí ___ No ___ ¿En
qué momento? _____ ¿chupa dedo? Sí ___ No ___ ¿en qué momento? _____

Salud: ¿Es alérgico? Sí ___ No ___ ¿a qué? _____ ¿Tiene alguna dificultad motora? Sí ___ No ___
Describe _____

Marque con una equis (x) en caso de haber padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades:

Sarampión: ___ Rubéola: ___ Tos ferina: ___ Paperas: ___ Varicela: ___ Bronquitis ___ hepatitis ___ asma ___
resfríos frecuentes ___ diarreas frecuentes ___ Otras: _____

Si padeció alguna de estas enfermedades específicas favor colocar a qué edad ocurrió

Meningitis: _____ Encefalitis: _____ Convulsiones: _____ Epilepsia: _____

Otitis crónica: ___ TEC (traumatismo craneo encefálico): _____

Otros: _____

¿Se le suministra algún medicamento de forma permanente? Si: ___ No: ___ ¿Cuál? _____

¿Tiene alguna enfermedad cardiológica? ___ describa _____ ¿Tiene alguna dificultad respiratoria? ___
describa _____ ¿Ve bien? ___ ¿Utiliza anteojos? ___ ¿Oye bien? ___ ¿Utiliza audífono? ___ Pediatra
que lo atiende: _____ Clínica-Hospital: _____

Vacunas:

BCG ___ Triple bacteriana ___ Anti- Haemophilus ___ Triple viral ___ Pentavalente ___ fiebre amarilla ___
neumococo ___ meningococo ___ Influenza ___ hepatitis A ___ Otras: _____

Sueño:



República Bolivariana de Venezuela
Unidad Educativa Colegio "Rafael Castillo"
Duaca, Estado Lara

Inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Educación

¿Comparte la habitación? Sí ___ No ___ ¿Con quién? _____ ¿comparte la cama? Sí ___ No ___ ¿con quién? _____
¿Tiene pesadillas? _____

Hábitos:

¿Se lava la cara? ___ ¿se cepilla? ___ ¿se peina? ___ ¿se baña a diario? ___ ¿es ordenado? ___ ¿recoge sus juguetes? _____

Lenguaje:

¿Se le entiende lo que habla? ___ ¿Puede expresar verbalmente lo que vivencia? _____ ¿Cuando se equivoca al hablar es corregido? ___ ¿cómo? _____ ¿Tiene rabietas? ___ ¿Rompe juguetes? ___ ¿Se relaciona fácilmente con los demás? _____ ¿Pega sin causa? ___ ¿busca la soledad? ___ ¿Busca la compañía de otros niños más grandes que el? ___ ¿Qué cosas le disgustan a usted que él haga? . _____ ¿se le regaña, castiga o pega? _____ ¿A quién obedece? _____.

Vida Social

¿El niño realiza alguna actividad extraescolar? ___ Tiempo aproximado que el niño ve TV durante el día: _____ horas. ¿Qué programas? _____ ¿Cuál (es) es (son) su (s) canal (es) favorito (s)? _____
¿Hace siestas? Sí ___ No ___ ¿De cuánto tiempo? _____ ¿Utiliza revista, libros? _____ ¿Escucha música ___ ¿De qué tipo? _____ ¿Qué religión práctica la familia? _____ ¿ a qué iglesia asisten? _____

Juego

¿A qué le gusta jugar? _____ ¿Con quién juega? _____ ¿le gusta compartir sus juguetes? _____ ¿Tiene alguna mascota? _____
¿Qué lado predomina más? Izquierdo Derecho Ambidiestro ¿Le tiene miedo a algo?
Describa la rutina diaria del niño _____

Persona (s) que cuida (n) al niño durante las horas que su (s) padre (s) trabaja (n): _____

Familiares

Nombre de la madre: _____
C.I: _____ Teléfono de habitación: _____ Celular: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
Teléfono del lugar de trabajo: _____ Sueldo mensual: _____ Otros ingresos: _____
Teléfono de un familiar cercano: _____ Parentesco: _____

Nombre del Padre: _____
C.I: _____ Teléfono de habitación: _____ Celular: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
Teléfono del lugar de trabajo: _____ Sueldo mensual: _____ Otros ingresos: _____
Total ingreso mensual del grupo familiar: _____
Personas que económicamente dependen de ese ingreso: _____
¿Quién representará al niño en la institución? Padre ___ Madre ___ otro ___ ¿Quién? _____

Si no es el padre o la madre favor llenar los siguientes datos:

Nombre completo: _____
C.I: _____ Teléfono de habitación: _____ Celular: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Lugar de trabajo: _____
Teléfono del lugar de trabajo: _____ Sueldo mensual: _____ Otros ingresos: _____



República Bolivariana de Venezuela
Unidad Educativa Colegio "Rafael Castillo"
Duaca, Estado Lara
Inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Educación

Personas que integran el grupo familiar:

Nº	Nombre y Apellido	Edad	Sexo	Parentesco	Trabaja	Estudia
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

Vivienda:

Tipo: Casa: ____ Quinta: ____ Apartamento: ____ Otra: _____
 Tenencia: Propia: _____ Alquilada: _____ Pagándola: _____ De otro familiar: _____

Gastos mensuales	Bolívares			
Alimentación				
Vestido				
Vivienda				
Servicios	Electricidad	Agua	Teléfono	Doméstica
Otros (especifique)				
Recreación:				

Medio que utilizará el estudiante para asistir al colegio:

A pie: ____ Vehículo propio: ____ Transporte escolar: ____ Otro: _____

Estamos muy contentos de que hayan elegido esta institución para educar a su hijo...

¿Qué le motiva a solicitar la inscripción de su hijo (a) en esta institución?

¿Cómo cree Ud. que es nuestro edificio escolar y sus dependencias? Muy bueno ____ Bueno ____ Regular ____

¿Qué propone para mejorar nuestras instalaciones y sus alrededores?

¿cuánto estaría dispuesto a pagar mensualmente por la educación de su hijo(a)? _____.

Certifico que los datos suministrados en esta planilla son auténticos

Nombres y Apellidos: _____ Parentesco: _____

Firma: _____ C.I. _____ Fecha: _____