EDUCATIONAL CENTER ABC
GROWING,LEARNING AND EMPOWERING

MATRÍCULA _____

Fecha de inscripción: _____

Información del estudiante:

Nombre completo del estudiante: _____

ID: _____ Edad exacta al 15 de febrero: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Dirección exacta del domicilio de estudiante_____

_____

Credo religioso: _____

Nivel por edad al 15 de febrero
Maternal: 2 años ( )
Prekindergarten: 3 años ( )
Jardín de infancia: 4 años ( )
Preparatoria: 5 años ( )

¿Su hijo tiene alguna condición específica? Marque con una X.

I Neurodesarrollo

( ) TEA Trastorno del espectro autista ( ) TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

( ) Trastorno del lenguaje y la comunicación. ( ) Trastorno del desarrollo intelectual.

( ) Dispraxia Trastorno del desarrollo de la coordinación

II Trastorno del habla y del lenguaje

EDUCATIONAL CENTER ABC
GROWING,LEARNING AND EMPOWERING

( )Retraso simple del habla ( )Trastorno fonológico ( )Trastorno del lenguaje expresivo o receptivo.

III Comida

( ) Alimentación selectiva ( ) ARFID Trastorno por evitación/restricción de la ingesta de alimentos
( ) Problemas de deglución por disfagia

IV Condiciones conductuales y emocionales

( ) Trastorno de conducta disruptiva ( ) Trastorno de ansiedad por separación

( ) Ansiedad social o generalizada (leve o incipiente) ( ) Depresión infantil

( ) Trastorno negativista desafiante TND

V Trastornos del sueño

( ) Insomnio infantil ( ) Terrores nocturnos / sonambulismo

VI Condiciones sensoriales y físicas

( ) Trastorno del procesamiento sensorial ( ) Problemas de visión o audición

¿Sufre usted de alguna enfermedad?

_____

¿Utiliza algún medicamento?

¿Es usted alérgico a algún medicamento?

Información familiar

Nombre de la madre:

_____

Número de identificación _____Números de teléfono: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Correo electrónico: _____

Su dirección de trabajo:

_____

EDUCATIONAL CENTER ABC
GROWING,LEARNING AND EMPOWERING

Nombre del padre:
_____

Número de identificación _____Números de teléfono: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____

Correo electrónico:
_____

Su dirección de trabajo:
_____

Número de hijos: _____

Nombre completo _____ Edad: _____

Nombre completo _____ Edad: _____

Nombre completo _____ Edad: _____

Personas autorizadas a recoger a su hijo/a a la hora de salida o en caso de emergencia:

Nombre: _ _____teléfonos._____

Nombre: _ _____teléfonos._____

Transporte que utilizarás: ( ) vehículo propio. ( ) minibús recomendado por ABC.

Otro :_ _____

Observación: _____

Nombre y firma de la(s) persona(s) responsable(s) del estudiante: -

:**Firma:**_____ **ID:** _____

EDUCATIONAL CENTER ABC
GROWING,LEARNING AND EMPOWERING

REQUISITOS PARA EL REGISTRO

( ) Formulario de inscripción completo.

( ) 2 Fotografías recientes tamaño pasaporte.

( ) Fotocopia de la tarjeta de vacunas

( ) Cancelación de pago de matrícula en efectivo.

( ) Firmar **en forma impresa o digital** las disposiciones del contrato de servicios educativos y de formación.

( ) Firmar y acatar lo dispuesto en el consentimiento para el uso de imágenes y fotografías,

( ) Fotocopia de la identificación de los padres de familia o encargados.

( ) Certificación de nacimiento emitida por el Registro Civil.

REQUISITOS ADICIONALES PARA PREESCOLAR

( ) Constancia de que cursó el Kinder si va para preparatoria.