# FICHA FAMILIAR

Fecha: ……………………….

**1- Datos de Filiación:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido y Nombre estudiante:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| * **Apellido y nombre del Padre o Adulto Responsable :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | Edad: |
| * Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Teléfono fijo : | * + - * + Teléfono móvil: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Dirección de Email: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * Convive con su hijo/a | | | | SI | | | NO | | A veces | | |  | | | | | |
| Aclarar Motivo | | | | |  | | | | | |
| * Trabaja actualmente | | | | SI | | | NO | | Temporalmente | | | |  | | | | |
| * Lugar de Trabajo | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Teléfono del lugar de trabajo: | | |  | | | | | | | * Función que desempeña: | | | | | |  | |
| * Estudios Cursados Completos (redondee según corresponda) | | | | Primarios Secundarios Terciarios Universitarios Título: | | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Padece alguna enfermedad? | | | SI | | | NO | | ¿Cuál? | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **Apellido y nombre de la Madre o Adulto Responsable:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | Edad: |
| * Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Teléfono fijo: | Teléfono móvil: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Dirección de Email: | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| * Convive con su hijo/a | | | | SI | | | NO | | A veces | | |  | | | | | |
| Aclarar Motivo | | | | |  | | | | | |
| * Trabaja actualmente | | | | SI | | | NO | | Temporalmente | | | |  | | | | |
| * Lugar de Trabajo | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| * Teléfono del lugar de trabajo: | | |  | | | | | | | * Función que desempeña: | | | | |  | | |
| * Estudios Cursados Completos (redondee según corresponda) | | | | Primarios Secundarios Terciarios Universitarios Título | | | | | | | | | | | | | |
| * ¿Padece alguna enfermedad? | | | SI | | | NO | | * ¿Cuál? | | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datos del lugar que habita** (Marque con una cruz **X**) | | | | | | | | | |
| * Casa propia |  | * Departamento Propio | |  | | * Pensión | | |  |
| * Casa Alquilada |  | * Departamento Alquilado | |  | | * Casa prestada | | |  |
| * Otros |  | Especificar | |  | |  | | |  |
| ¿Cuántos dormitorios tiene el lugar donde viven? | | | 1 | | 2 | | 3 | Más de 3 | |

* **Complete el siguiente cuadro con los datos solicitados del Grupo Familiar**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido y Nombre | Edad | Estudios Cursados | Parentesco | ¿Trabaja?  SI - NO | Convive  Si – No |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Algún miembro de la familia tiene algún problema de salud? SI NO**  Si su respuesta es afirmativa especificar:  **2 – Situación socio económica:** | | | | |
| 1. Subraye la respuesta que mejor la refleje: | Muy Buena | Buena | Regular | Mala |
| 1. ¿Recibe algún “Subsidio”? SI - NO Si su respuesta ha sido afirmativa, ¿cuál es el subsidio? | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3 – Datos de la salud de su hijo/a:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Se presentaron dificultades durante el embarazo? | | | | | | | | | | | | NO | | | SI | |
| * ¿Cuáles? |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Y durante el parto? | | NO | | SI | | * ¿Cuáles? | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Con cuántas semanas de gestación nació? | | | | | | | | | ¿Cuánto pesó al nacer? | | | | | | | |
| 1. ¿Tuvo su hijo alguna enfermedad relevante? | | | | | | | | | NO | SI |  | | | | | |
| * ¿Cuál/es? |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Ha tenido: Edad | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Accidentes?  Especifique: | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| ¿Operaciones?  Especifique: | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| * Ha recibido: | | | | | | | | | | | | |  |  | | Edad |
| Tratamiento médico  ¿Cuál? | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| Tratamiento psicopedagógico  Especificar motivo: | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| Tratamiento psicológico  Especificar motivo: | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| Tratamiento psiquiátrico  Especificar motivo: | | | | | | | | | | | | | NO | SI | |  |
| Otros  Especificar: | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |
| ¿Qué aspectos de la salud de su hijo/a considera que deban tenerse en cuenta? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Su hijo/a tiene obra social? | | | NO | | SI | | ¿Cuál? |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **4- Desarrollo Social**  a- Mencione, al menos, cinco características que definan los aspectos relevantes de la forma de ser de su hijo/a.  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  b- ¿Le preocupa algún comportamiento o actitud, de su hijo/a? SI - NO  Si su respuesta ha sido afirmativa, especifique.  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  c- A su juicio, ¿ha sucedido o sucede actualmente algún hecho, ya sea en la vida personal, familiar o social, que haya repercutido o repercuta, de algún modo, en su hijo/a?  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  d- Su hijo/a realiza alguna actividad extra escolar? SI – NO  Especifique: ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  Cuántos días y horas semanales ocupa?....................................................................................................  e- ¿Cuáles son los lugares recreativos que su hija/o frecuenta y con quién?  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  f- ¿Su hija/o presenta alguna dificultad para relacionarse con su grupo de pares?  SI – NO ¿Cuál?  ....................................................................................................................................................................  ....................................................................................................................................................................  g- Durante este año 2020/2021, la virtualidad ha ocupado un lugar central en los procesos de enseñanza y aprendizaje. ¿Ha podido acompañar desde la tecnología a su hijo/a? SI - NO  ¿A través de qué herramientas tecnológicas? (tache la que no corresponda): Whatsapp - Instagram - GoSchool - Aulas Virtuales - Facebook - Otras (especificar) ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
|  |

**5- Expectativas y Temores:**

a. Exprese brevemente las expectativas y temores que tiene respecto a la institución y al desempeño de su hijo/a en la escuela.

b. Exprese brevemente las expectativas y temores que cree que tiene su hijo/a frente a esta nueva etapa que comienza.

**Señores Padres: En caso de necesidad o inquietudes ante situaciones vinculadas a su hijo/a, usted podrá contactarse con las autoridades escolares y/o con los profesionales del Servicio de Orientación.**

***LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL LAE LE DA LA BIENVENIDA***

**¡GRACIAS !!!**