# 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 | ConviveSi – 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 psicológicoEspecificar motivo: | NO | SI |  |
| Tratamiento psiquiátricoEspecificar motivo: | NO | SI |  |
| OtrosEspecificar: |  |  |  |
| ¿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 – NOEspecifique: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................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 !!!**