Nombres y Apellidos completos del alumno/a

(sin abreviaturas)

**1 – DATOS DEL GRUPO FAMILIAR**

Persona responsable del menor ..................................................................................................

Con quién vive .............................................................................................................................

Algún familiar tiene problemas de salud o de otra índole que influye sobre el alumno (aclarar cuáles son y quienes los tienen) .................................................................................................

Cobertura social SI - NO Cúal?..............................................................................

**2.- DATOS ACADÉMICOS**

Escuelas en las que curso • Nivel Inicial ……............................................................................

• Nivel Primario................................................................................

¿Presentó dificultades de aprendizaje en alguna de las áreas (materias), o de integración al grupo de compañeros en su escolaridad primaria?....................................................................

¿Asistió o asiste actualmente a tratamiento psicológico o psicopedagógico?..............................

Si ha repetido algún curso, indicar cuál.........................................................................................

Futuros estudios por los que se interesa.......................................................................................

**3.- DATOS SOBRE INTERESES Y TIEMPO LIBRE**

Otros datos que tengan especial interés sobre su desarrollo escolar...........................................

.......................................................................................................................................................

Actividades de tiempo libre en las que participa (indicar club, asociación, etc.)

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Otros intereses o aficiones...........................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**4.- ANTECEDENTES DE SALUD**

* Alergias ..................................................................................................................................
* Datos relevantes de la salud del alumno................................................................................