

**EXPEDIENTE PERSONAL DEL  
ALUMNO(A):**

**SANTIAGO MATEO**

**JN:**

**CLAVE:**

**SECTOR: ZONA ESCOLAR:**

**CICLO ESCOLAR: 2023-2024**

**GRADO Y GRUPO: 3° A**

**MAESTRA: KAREN FÉLIX**



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:





# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:



# EXPEDIENTE PERSONAL DEL ALUMNO(A):

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO:

MAESTRA:





# CONTROL DE EXPEDIENTE

## DOCUMENTOS

Copia del acta de nacimiento del alumno(a)

Copia de la CURP del alumno(a)

Copia de la cartilla de vacunación del alumno(a)

Copia del INE de los padres

Copia del CURP de los padres

Comprobante de domicilio

## ENTREVISTAS

Ficha de identificación

Hoja de resguardo

Seguimiento talla y peso

Entrevista al alumno(a)

Entrevista a los padres de familia

Carta compromiso

Test de estilos de aprendizaje

## EVALUACIONES

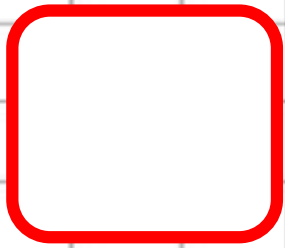
Diagnóstica

Inicial

Media

Final

# FICHA DE IDENTIFICACIÓN



J.N:		C.C.T:	Sector:	Zona Escolar:
GRADO:	GRUPO:	EDUCADORA:		

## DATOS DEL ALUMNO(A)

Nombre:	Edad:
Fecha de nacimiento:	Entidad:
Nacionalidad:	Grupo sanguíneo:
Dirección:	
CURP:	Alergias:
Teléfono:	

## DATOS FAMILIARES

	Datos de la madre o tutor	Datos del padre o tutor
Nombre		
Edad		
Escolaridad		
Ocupación		
Teléfono		
Estado civil		
CURP		
Domicilio		
Correo electrónico		

# HOJA DE RESGUARDO

Servicio médico: \_\_\_\_\_  
NEE: \_\_\_\_\_

## PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL MENOR

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_

# SEGUIMIENTO TALLA Y PESO

Inicial	Estatura (cm)	Peso (kg)
Noviembre		
Enero		
MARZO		

## UNIFORMES ESCOLARES

	Talla
Camisa	
Pantalón	
Falda	
Zapatos	



# ENTREVISTA AL ALUMNO(A)

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

¿Cómo te llamas? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_

¿Con quién vives? Mamá ( ) Papá ( ) Hermanos ( ) Abuelos ( )  
Otros: \_\_\_\_\_  
¿Cómo se llama tu mamá? \_\_\_\_\_  
¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se llama tu papá? \_\_\_\_\_  
¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_  
¿Tienes hermanos? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Cómo se llaman? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué haces en tu casa?

Jugar ( ) Hacer tarea ( ) Ver televisión ( ) Usar Tablet o celular ( )  
Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Con quién juegas y a qué?

Mamá ( ) Papá ( ) Hermanos ( ) Familiares ( ) Amigos ( ) Solo ( )

¿Qué te da miedo?

¿Qué te pone triste?

¿Qué te hace sentir feliz?

¿Cómo te sientes en tu casa?

Comida favorita

Color favorito

Película o cuento favorito

Deporte favorito

Firma del alumno(a): \_\_\_\_\_

# ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Embarazo: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm  
Lactancia: \_\_\_\_\_ Edad de control de esfínteres: \_\_\_\_\_  
Enfermedades importantes:  
Varicela ( ) Paperas ( ) Cólera ( ) Sarampión ( ) Hepatitis ( ) Viruela ( ) COVID-19 ( )  
Otro: \_\_\_\_\_

## DESARROLLO DEL ALUMNO(A)

Lateralidad: Diestro ( ) Zurdo ( ) Ambidiestro ( ) Estado del pie: Plano ( ) Saludable ( )  
Horas de sueño: \_\_\_\_\_ Tipo de sueño: Tranquilo ( ) Intranquilo ( )  
El niño(a) duerme en cama: Independiente ( ) Compartida ¿Con quién? ( ) \_\_\_\_\_  
¿Duerme durante el día? Si ( ) No ( ) ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

### TIPOS DE ALIMENTOS QUE CONSUME

Desayuno: \_\_\_\_\_  
Comida: \_\_\_\_\_  
Cena: \_\_\_\_\_  
Platillo favorito: \_\_\_\_\_ Golosina favorita: \_\_\_\_\_  
¿Come solo o con ayuda? \_\_\_\_\_ Alimentos que le disgustan: \_\_\_\_\_  
Fue un hijo(a): Deseado ( ) Esperado ( ) Planeado ( ) Inesperado ( )  
¿Su hijo(a) gateó? Si ( ) No ( ) ¿A qué edad? \_\_\_\_\_ Edad en que caminó: \_\_\_\_\_  
Edad a la que habló: \_\_\_\_\_

### AUTONOMIA DEL ALUMNO

¿Qué actividad cotidiana realiza en casa? \_\_\_\_\_  
Se viste: Solo ( ) Con ayuda ( ) ¿Quién le ayuda? \_\_\_\_\_  
¿Qué lo pone feliz? \_\_\_\_\_  
¿Qué le enoja? \_\_\_\_\_  
¿Cómo define el comportamiento afectivo del niño(a)?  
Impulsivo ( ) Adaptable ( ) Rebelde ( ) Deprimido ( ) Agresivo ( ) Proactivo ( )  
Otro: \_\_\_\_\_

# AMBIENTE Y DINÁMICA FAMILIAR

Personas que viven en casa: \_\_\_\_\_

Nº de personas que integran el núcleo familiar: \_\_\_\_\_

Nº de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa: \_\_\_\_\_

Edades de los hermanos: \_\_\_\_\_

¿Quién se hace cargo del educando? \_\_\_\_\_

¿Quién pone disciplina en casa? \_\_\_\_\_

Castigan a su hijo(a): Si ( ) No ( ) Con frecuencia ( ) ¿Cómo y por qué? \_\_\_\_\_

Tiempo que necesita para trasladarse de su casa a la escuela: \_\_\_\_\_

Utiliza transporte: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Casa propia ( ) Rentada ( ) Prestada ( )

## SERVICIOS

Agua ( ) Luz ( ) Teléfono ( ) Internet ( ) Pavimento ( ) Drenaje ( ) Gas ( )

# ASPECTO EDUCATIVO

¿Quién le ayuda en casa con las tareas? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que sabe su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué espera que aprenda? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que espera de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Qué espera de la educadora? \_\_\_\_\_

¿A qué se compromete como padre de familia para que su hijo alcance el perfil de egreso de preescolar? \_\_\_\_\_

¿Está dispuesto a ayudar en las actividades de la escuela? \_\_\_\_\_

Disposición de tiempo: HORARIO: \_\_\_\_\_

Lunes ( ) Martes ( ) Miércoles ( ) Jueves ( ) Viernes ( )

Nombre y firma del padre de familia:

\_\_\_\_\_

# CARTA COMPROMISO

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_  
padre/madre de familia o Representante legal de \_\_\_\_\_  
estudiante del \_\_\_\_\_ grado, matriculado en esta institución en el ciclo  
escolar \_\_\_\_\_, consciente de que la educación de mi hijo(a)  
implica una conjunta de la familia y la institución, firmo esta Carta  
compromiso, que conlleva los siguientes acuerdos:

Trabajaré en conjunto con la educadora para favorecer el aprendizaje de mi hijo(a) siempre de forma respetuosa.

Cuidaré que mi hijo(a) asista todos los días que marca el calendario escolar.

Proporcionaré los materiales que mi hijo(a) requiera para el trabajo en clase.

Cuidaré que mi hijo(a) cumpla diariamente con sus trabajos escolares.

Atenderé que mi hijo(a) asista con puntualidad a sus labores.

Cuidaré su salud física y emocional, a fin que se encuentre en condiciones de dar buen rendimiento académico.

Atenderé avances o problemas que presente mi hijo(a) manteniendo una comunicación constante con la maestra.

Valoraré los esfuerzos y la superación de las dificultades de su trabajo.

Inculcaré actitudes positivas en mi hijo(a) hacia la realización de sus actividades.

Atenderé a las reuniones y/o que se convoquen por parte de directivos o maestros.

Firmo la presente, comprometiéndome a cumplir y hacer cumplir los puntos estipulados en el presente documento por el tiempo que mi hijo(a) permanezca en el ciclo escolar.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ madre o representante legal.



# TEST DE ESTILOS DE APRENDIZAJE

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Marca con una X tu respuesta

## CANALES DE PERCEPCIÓN

### VISUAL

























- Aprende y recuerda lo que ve.
  - Le gustan los videos e imágenes.
  - Piensa en imágenes.
- Prefiere que le explique con láminas, iPad o en el pizarrón.
- Explica por medio de imágenes, dibujos o mapas mentales.
- Tiene buena ortografía.

### AUDITIVA

- Recuerda y aprende de lo que te dijeron.
- Gusta de las historias, música y cuentos.
- Prefiere las instrucciones.
- Tiene un movimiento corporal generalmente rítmico.
- Mueve sus labios cuando lee.
- Puede hablar consigo mismo.

### KINESTÉSICA

- Se comunica acercándose mucho.
- Le gusta mover las manos cuando habla.
- Recuerda a través de lo que sintió.
  - Aprende con talleres.
- No aprende viendo, tiene que hacerlo por el/ella mismo(a).
  - Le gusta tocar todo.

CUESTIONAMIENTO	VISUAL	AUDITIVO	KINESTÉSICO
¿Qué te gusta más?	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
¿En tu cumpleaños que disfrutas más?	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
¿Qué te gusta hacer en la escuela?	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
¿Qué regalos prefieres?	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
Si tuvieras dinero ¿qué comprarías?	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
Cuando estas con tus amigos te gusta...	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
Cuando tus papás no te consienten, tú...	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
Cuando sales de paseo prefieres...	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 

**TOTAL:** Visual \_\_\_\_\_ Auditivo \_\_\_\_\_ Kinestésico \_\_\_\_\_ Canal predominante: \_\_\_\_\_