

EXPEDIENTE PERSONAL DEL
ALUMNO(A):

SANTIAGO MATEO

JN:

CLAVE:

SECTOR: ZONA ESCOLAR:

CICLO ESCOLAR: 2023-2024

GRADO Y GRUPO: 3º 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

I.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

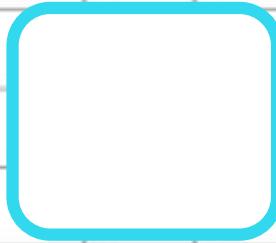
Domicilio

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: Tranquillo () Intranquillo ()
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): Sí () No () Con frecuencia () ¿Cómo y por qué? _____

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

Utiliza transporte: Sí () No () ¿Cuál? _____

Casa propia () Rentada () Prestada ()

SERVICIOS

Aqua () 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 parente 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 parente/ 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 le 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 él/ella mismo(a).
- Le gusta tocar todo.

CUESTIONAMIENTO	VISUAL	AUDITIVO	KINESTÉSICO
¿Qué te gusta más?	Ver televisión 	Oír música 	Jugar con tus amigos 
¿En tu cumpleaños que disfrutas más?	Los adornos 	Las mañanitas 	La piñata 
¿Qué te gusta hacer en la escuela?	Leer 	Escuchar historias 	Experimentar 
¿Qué regalos prefieres?	Cuentos e historietas 	Cd u mp3 	Juegos didácticos 
Si tuvieras dinero ¿qué comprarías?	Una cámara fotográfica 	Un reproductor de música 	Plastilinas 
Cuando estás con tus amigos te gusta...	Dibujar 	Cantar 	Jugar en el patio 
Cuando tus papás no te consienten, tú...	Te enojas 	Lloras 	Haces berrinche 
Cuando sales de paseo prefieres...	Ir al cine 	Asistir a una obra musical 	Ir al parque 

TOTAL: Visual _____ Auditivo _____ Kinestésico _____ Canal predominante: _____