****

**PLANILLA DE INSCRIPCIÓN CEIVA**

**AÑO ESCOLAR 2021-2022**

|  |
| --- |
| **DATOS BÁSICOS DEL NIÑO** |
| **Nombre completo:** | **Foto:** |
|  | **(Digital)** |
| **Fecha de nacimiento:** |  |
| **País de nacimiento:** |  |
| **Lugar de nacimiento:** |  |
| **Grupo sanguíneo:** |  |
| **Precauciones que deben tomarse:** |  |
| **Observaciones complementarias:** |  |
| **Datos antropométricos** |
| **Talla Camisa** | **Talla Pantalón** | **Talla Calzado** | **Peso (Kg.)** | **Estatura (Cm.)** |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **USO EXCLUSIVO DE CEIVA** |
| **Fecha de inscripción:** | **Edad (inicio año escolar / Inscripción):** |
|  |  |
| **Etapa / Nivel / Aula:** |  |
| **Documentos consignados:****(Requisitos)** | [ ]  Copia de la partida de nacimiento (en digital)[ ]  Constancia de niño sano (en digital)[ ]  4 fotos carnet del niño (en físico)[ ]  Fotocopia de la cédula de la madre (en digital)[ ]  Fotocopia de la cédula del padre (en digital)[ ]  2 fotos carnet de la madre (en físico)[ ]  2 fotos carnet del padre (en físico)[ ]  Comprobantes de pago (en digital) |

|  |
| --- |
|  **INFORMACIÓN DEL SERVICIO CEIVA** |
| **Pregunta y/o Tema** | **Respuesta y/o Comentario** |
| ¿Cómo se enteró de nuestros servicios? |  |
| ¿Conoce [nuestra página web](http://www.ceiva.com.ve/) y su contenido?: |  |
| ¿La información allí publicada la considera suficiente, sencilla de entender, detallada, lo contrario, otros?: |  |
| ¿Le falta algo (contenido, recursos y/o servicios?: |  |
| ¿Qué fue lo que más le gustó de la oferta de servicio?: |  |
| ¿Qué fue lo que menos le gustó?: |  |
| ¿Qué cree que le falta a nuestra oferta de servicio?: |  |
| ¿Por qué eligió nuestra institución? |  |
| ¿Evaluó otras ofertas institucionales antes de escoger la nuestra (Cuáles en caso afirmativo)? |  |
| ¿Cuáles son sus expectativas con nuestro desempeño institucional: |  |
| En caso que el Gobierno actual, por la crisis derivada del coronavirus (COVID19), determine que el año escolar debe iniciar en modalidad a distancia o mixta (presencial 5 días y a distancia 10 días, o 7 + 7, o cualquier otro plan mixto) ¿Seguiría su interés en contratar nuestros servicios?De ser así (plan mixto y disposición a contratar) ¿Qué esperaría o exigiría al colegio, en función de esas circunstancias? |  |
| Con motivo a la situación sanitaria derivada del COVID19 ¿Cuáles controles, medidas o protocolos cree debería implementar el colegio? |  |
| Observaciones complementarias (para comentar libremente cualquier otro detalle): |
|  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN FAMILIAR** |
| **Pregunta y/o Tema** | **Respuesta y/o Comentario** |
| ¿Viven juntos madre y padre? |  |
| ¿Tiempo de la relación o separación? |  |
| ¿Tipo de vivienda (Casa, quinta, apartamento, otra)? ¿Dimensiones en m2?: |  |
| ¿Tipo de ocupación (propia, alquilada, otra) ?: |  |
| ¿Quiénes viven en dicha residencia?: |  |
| Descripción de existencia y calidad de servicios residenciales | Agua: |  |
| Electricidad: |  |
| Gas: |  |
| Telefonía: |  |
| Internet: |  |
| Televisión: |  |
| Aseo: |  |
| Seguridad: |  |
| Otros: |  |
| ¿Existe planificación, registros y controles administrativos de los ingresos y egresos familiares? ¿Quién los realiza? |  |
| ¿El presupuesto familiar cubre los costos vigentes del colegio publicados en [nuestra página web](http://www.ceiva.com.ve/)? |  |
| ¿El presupuesto familiar se ajusta durante el año escolar con la frecuencia que lo hace el costo de la vida en Venezuela (hiperinflación en Bs. e “inflación” en dólares)?  |  |
| ¿A qué actividades suele dedicar la familia el tiempo libre? |  |
| ¿Considera necesaria o no, la existencia de una escuela familiar, que acompañe, apoye e impulse a esta institución social, con elementos referenciales técnicos, científicos y profesionales, con la finalidad de mejorar el funcionamiento y desempeño de la misma, en función de ciertos objetivos sociales? |  |
| Observaciones complementarias (para comentar libremente cualquier otro detalle relacionado): |
|  |

…..

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN FAMILIAR DE INTERÉS EPIDEMIOLÓGICO****(Responder e informar detalles)** |
| ¿Están informados de la situación de pandemia por coronavirus y COVID-19? ¿Fuentes principales de información? |  |
| ¿Conoce los síntomas de la COVID-19? |  |
| ¿Algún miembro de la familia cercana ha sido testeado o diagnosticado como negativo o positivo de COVID19? ¿Algún miembro de su comunidad? |  |
| ¿Cuentan en el hogar con algún protocolo sanitario o medidas de prevención anti COVID19? En caso afirmativo, resumir e informar. |  |
| ¿Cuentan con formas y recursos propios de diagnóstico PCR de dicha afección? |  |
| ¿El niño es cuidado o atendido por otras personas los días que no tiene escuela? Informar detalles. |  |
| ¿El niño frecuenta y habita en otros lugares aparte de su residencia familiar? |  |
| ¿El niño tiene contacto frecuente con otros grupos familiares o relacionados? |  |
| ¿El niño tiene contacto frecuente con personas que viajen ocasional o recurrentemente en el país y/o fuera de él? En caso afirmativo, informar lugares. |  |
| ¿Los miembros de la familia actualmente se encuentran en cuarentena, en plan de flexibilización, situación mixta u otra? |  |
| ¿Cuentan con planes de salud, seguro, acompañamiento médico? |  |
| ¿En su conjunto residencial, urbanización o sector comunitario, están cumpliendo alguna medida de control sanitario por COVID19? |  |
| ¿El niño está acostumbrado a usar mascarilla? |  |
| Para comentar o agregar información complementaria y vinculante, libremente: |  |

…

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN BIO-SICO-SOCIO-EDUCATIVA DEL NIÑO** |
| Nombre del pediatra: |  | Teléfono(s): |  |
| ¿Cómo fue el embarazo?: |  |
| ¿Al momento del nacimiento presentó problemas de cambio de sangre, asfixia, fórceps?: |  |
| Detalles en caso afirmativo: |  |
| ¿Se encuentra bajo algún tratamiento médico o toma alguna medicina?: |  |
| Detalles en caso afirmativo: |  |
| ¿Posee alguna condición especial?: |  |
| Detalles en caso afirmativo: |  |
| ¿Tiene algún problema ortopédico?: |  |
| Detalles en caso afirmativo: |  |
| ¿Ha estado hospitalizada/o? ¿Por qué?: |  |
| ¿Sangra por la nariz con frecuencia?: |  |
| ¿Sufre de fiebres altas o convulsiones?: |  |
| ¿Sufre frecuentemente de gripes o anginas?: |  |
| ¿Es alérgica/o a alguna medicina? ¿A cuál?: |  |
| ¿Es alérgica/o a picaduras de insectos? ¿Cuál?: |  |
| ¿Es alérgica/o a algún alimento? ¿A cuál?: |  |
| ¿Considera a su hija/o nerviosa/o?: |  |
| ¿Se marea al hacer algún ejercicio o actividad?: |  |
| ¿Ha perdido alguna vez el conocimiento?: |  |
| ¿Ha notado algún problema visual?: |  |
| ¿Ha notado algún problema auditivo? |  |
| ¿Alguna enfermedad hereditaria en la familia?: |  |
| ¿A qué edad habló?: |  | ¿A qué edad caminó?: |  |
| ¿Succiona los dedos?: |  | ¿Succiona la lengua?: |  |
| ¿Se muerde los labios?: |  | ¿Cruje los dientes?: |  |
| ¿Respira por la boca?: |  | ¿Se come las uñas?: |  |
| ¿Utiliza chupón?: |  | ¿Toma tetero?: |  |
| ¿Controla esfínteres?: |  | ¿Es agresivo?: |  |
| ¿Es obediente?: |  | ¿Es independiente?: |  |
| ¿Cómo lo definiría usted?: |  |
| ¿Qué lugar ocupa en la composición familiar?: |  |
| Espacio para comentar sobre algún otro aspecto del desarrollo del niño |  |
| Observaciones complementarias (para comentar libremente cualquier otro detalle relacionado): |
|  |

**Nota:** La inconsistencia con la realidad de la información aquí reseñada por los padres del niño, puede ser motivo de suspensión de la relación de servicio comercial educativo.

**…**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA MADRE**  |
| **Nombre completo:** | **Foto:** |
|  | **(Digitalizada)** |
| **Número de cédula:** |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  |
| **País de nacimiento:** |  |
| **Lugar de nacimiento:** |  |
| **Teléfono(s) de habitación:** |  |
| **Celular(es):** |  |
| **Teléfono(s) del trabajo:** |  |
| **Dirección de habitación (Completa):** | **Cédula****(Digitalizada)** |
| **Estado:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Parroquia:** |  |
| **Ciudad o localidad:** |  |
| **Sector:** |  |
| **Calle o avenida:** |  |
| **Inmueble:** |  |
| **Datos transporte usado para retirar al niño:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **¿Con cuánta frecuencia y duración usa internet?:** |  |
| **¿Lo hace desde PC (casa/trabajo), celular, otro?:** |  |
| **¿Cuál canal de contacto prefiere (correo, WhatsApp, otro) ?:** |  |
| **¿Le gusta participar en actividades escolares (Asambleas Virtuales) ?:** |  |
| **Nivel de escolaridad:** |  |
| **Lugar de trabajo (Nombre):** |  |
| **Cargo u ocupación laboral:** |  |
| **Dirección del trabajo:** |  |
| **Correo electrónico laboral:** |  |
| **¿Contará con aporte patronal (Beneficio de educación inicial o “Guardería”)? ¿Porcentaje?:** |  |
| **Persona encargada del Departamento de Recurso Humano por parte Patronal:** | **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Correo:** |  |
| **Información general adicional (para llenar libremente de ser necesario):** |  |

…

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN LABORAL MADRE DE INTERÉS EPIDEMIOLÓGICO****(Responder e informar detalles)** |
| ¿Actualmente, por motivo de Pandemia COVID19, se encuentra cumpliendo cuarentena laboral, en proceso de flexibilización, trabajo a distancia u otra situación o modalidad? |  |
| ¿Cree posible una posible sincronización de jornadas de trabajo, cuarentena y escuela en caso de ser necesario implementar modalidades diferentes y complementarias a la presencial? |  |
| ¿En su empresa o institución de trabajo, están activos los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo?En caso afirmativo ¿Se encuentra articulado con su respectivo ASIC (Área de Salud Integral Comunitaria) u otra instancia similar? |  |
| ¿En su lugar de trabajo han implementado algún protocolo sanitario, medidas y/o controles particulares  |  |
| ¿Cuentan con alguna medida en particular que cree se debería implementar también en el colegio? |  |
| ¿Están realizando testeo COVID19, ya sea del tipo rápido, PCR u otro? |  |
| ¿Su trabajo es de oficina o de calle? |  |
| ¿Implica viajar fuera de Caracas o el país? |  |
| ¿Implica estar en contacto cercano con cuántas personas, fijas, variables? |  |
| Observaciones complementarias (para comentar libremente cualquier otro detalle relacionado): |
|  |

|  |
| --- |
| **DATOS DEL PADRE**  |
| **Nombre completo:** | **Foto:** |
|  | **(Digitalizada)** |
| **Número de cédula:** |  |
| **Fecha de nacimiento:** |  |
| **País de nacimiento:** |  |
| **Lugar de nacimiento:** |  |
| **Teléfono(s) de habitación:** |  |
| **Celular(es):** |  |
| **Teléfono(s) del trabajo:** |  |
| **Dirección de habitación (Completa):** | **Cédula****(Digitalizada)** |
| **Estado:** |  |
| **Municipio:** |  |
| **Parroquia:** |  |
| **Ciudad o localidad:** |  |
| **Sector:** |  |
| **Calle o avenida:** |  |
| **Inmueble:** |  |
| **Datos transporte usado para retirar al niño:** |  |
| **Correo electrónico:** |  |
| **¿Con cuánta frecuencia y duración usa internet?:** |  |
| **¿Lo hace desde PC (casa/trabajo), celular, otro?:** |  |
| **¿Cuál canal de contacto prefiere (correo, WhatsApp, otro) ?:** |  |
| **¿Le gusta participar en actividades escolares (Asambleas Virtuales) ?:** |  |
| **Nivel de escolaridad:** |  |
| **Lugar de trabajo (Nombre):** |  |
| **Cargo u ocupación laboral:** |  |
| **Dirección del trabajo:** |  |
| **Correo electrónico laboral:** |  |
| **¿Contará con aporte patronal (Beneficio de educación inicial o “Guardería”)? ¿Porcentaje?:** |  |
| **Persona encargada del Departamento de Recurso Humano por parte Patronal:** | **Nombre:** |  |
| **Cargo:** |  |
| **Correo:** |  |
| **Información general adicional (para llenar libremente de ser necesario):** |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN LABORAL PADRE DE INTERÉS EPIDEMIOLÓGICO****(Responder e informar detalles)** |
| ¿Actualmente, por motivo de Pandemia COVID19, se encuentra cumpliendo cuarentena laboral, en proceso de flexibilización, trabajo a distancia u otra situación o modalidad? |  |
| ¿Cree posible una posible sincronización de jornadas de trabajo, cuarentena y escuela en caso de ser necesario implementar modalidades diferentes y complementarias a la presencial? |  |
| ¿En su empresa o institución de trabajo, están activos los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo?En caso afirmativo ¿Se encuentra articulado con su respectivo ASIC (Área de Salud Integral Comunitaria) u otra instancia similar? |  |
| ¿En su lugar de trabajo han implementado algún protocolo sanitario, medidas y/o controles particulares  |  |
| ¿Cuentan con alguna medida en particular que cree se debería implementar también en el colegio? |  |
| ¿Están realizando testeo COVID19, ya sea del tipo rápido, PCR u otro? |  |
| ¿Su trabajo es de oficina o de calle? |  |
| ¿Implica viajar fuera de Caracas o el país? |  |
| ¿Implica estar en contacto cercano con cuántas personas, fijas, variables? |  |
| Observaciones complementarias (para comentar libremente cualquier otro detalle relacionado): |
|  |

…

|  |
| --- |
| **Personas autorizadas**Adicionales a madre y padre, mayores de edad, de confianza, autorizadas para buscar al niño en el colegio en caso de ser necesario, y que pueden ser contactadas en caso de no poder establecer comunicación con los padres, para notificar eventualidades. Cualquier cambio en esta información, debe ser consignada por los padres personalmente en el colegio debidamente firmada. |
| **Relación con el niño:** | **Cédula de identidad****(Digitalizada)** |
|  |
| **Teléfono(s):** |
|  |
|  |
| **Medio(s) de transporte usado para retirar al niño (detalles):** |
|  |
| **Relación con el niño:** | **Cédula de identidad****(Digitalizada)** |
|  |
| **Teléfono(s):** |
|  |
|  |
| **Medio(s) de transporte usado para retirar al niño (detalles):** |
|  |
| **Relación con el niño:** | **Cédula de identidad****(Digitalizada)** |
|  |
| **Teléfono(s):** |
|  |
|  |
| **Medio(s) de transporte usado para retirar al niño (detalles):** |
|  |
| **Relación con el niño:** | **Cédula de identidad****(Digitalizada)** |
|  |
| **Teléfono(s):** |
|  |
|  |
| **Medio(s) de transporte usado para retirar al niño (detalles):** |
|  |

**Nota:** En caso de venir a retirar al niño una persona distinta de las señaladas arriba, sea cual sea la situación y así tenga autorización firmada aparte o confirmación telefónica, no será procedente. Si llega ser superada la hora de salida máxima (6pm) sin que el niño sea retirado ni recibida notificación de retardo, el caso debe ser reportado al Sistema de Defensoría del Niño, quienes pueden asumir la custodia temporal del niño por abandono circunstancial. En caso de emergencia, siempre y cuando no se hayan podido localizar a ninguna de las personas aquí señaladas, la Directora podrá actuar según su criterio, en beneficio superior del niño.

**DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y CONFORMIDAD**

Los abajo firmantes, declaran que la información registrada en esta planilla es veraz, fidedigna y detallada. Se exime al colegio de toda responsabilidad derivada por cualquier omisión u error en los datos registrados por los padres.

|  |
| --- |
| **Firma de la madre:**(Sólo en versión impresa) |
| **Firma del padre:**(Sólo en versión impresa) |

**Caso Representante legal**: En el caso de que el niño tenga un representante legal, debe consignar copia del documento que así lo autorice a la Dirección.