



FORMULARIO DE MATRÍCULA 2025

Recuerda que toda la información aquí consignada es confidencial y que su consulta en la institución es únicamente para ser tenida en cuenta en el acompañamiento del proceso pedagógico de tu hij@, que no serán divulgados los diagnósticos o condiciones especiales con las que ingrese a menos que se autorice por la familia y sea en pro del bienestar de tu hij@.

DATOS BÁSICOS

Nombre completo _____
Fecha nacimiento ____/____/____ Ciudad _____
Genero Fem Masc Inst anterior _____
Dirección _____
Ciudad residencia _____ Barrio _____
Número contacto _____ # Documento identidad _____

INFORMACIÓN PADRES Y/O ACUDIENTES

Nombre madre _____
documento _____ Celular _____
Dirección _____ Profesión _____
Dirección trabajo _____ Teléfono trabajo _____
Nombre padre _____
documento _____ Celular _____
Dirección _____ Profesión _____
Dirección trabajo _____ Teléfono trabajo _____
Nombre acudiente _____
documento _____ Celular _____

NIVEL

Little Seeds (6-12M) _____ Explorers Advanced (2A a 3A) _____
Explorers Essential (12M a 2A) _____ Scientists Essential (3A a 4A) _____
Scientists Advanced (4A a 5A) _____

SERVICIOS ADICIONALES

AA (Almuerzo) SI NO

AL (Lonchera) SI NO



GRUPO FAMILIAR EXTENSO (FAMILIARES CONVIVE)

Nombre completo	_____	Parentezco	_____
Documento identidad	_____	Ocupación	_____
Nombre completo	_____	Parentezco	_____
Documento identidad	_____	Ocupación	_____
Nombre completo	_____	Parentezco	_____
Documento identidad	_____	Ocupación	_____

DATOS DESCRIPTIVOS

Queremos saber un poco más de tu hij@ desde su nacimiento hasta ahora, que le agrada o desagrada, ayúdanos a conocer sus gustos y costumbres para de esa forma poder acompañar su proceso de la mejor manera.

Cuéntanos cómo fue el embarazo: _____

Cuéntanos sobre sus primeros 3 meses (comportamiento, seguimientos médicos etc)

Cuéntanos si hay comportamientos, actitudes o emociones sobre las cuales quieras hacer seguimiento y el porqué

Descríbenos brevemente cómo es la relación con mamá y cómo esta ejerce la crianza



SI NO

Tienen mascotas

Cuáles son sus alimentos preferidos?

Qué alimentos no son de su agrado?

Háblanos de sus emociones y menciona:

Qué le pone
feliz?

Qué le pone
triste?

Qué le pone
enojado?

Qué le pone
temeroso?

Describe a tu hij@ teniendo en cuenta su personalidad

Cuéntanos si tu hij@ tiene acceso a aparatos electrónicos y el tiempo que dispone de ellos al día

TV _____ ⌚ _____ CELULAR _____ ⌚ _____ COMPUTADOR _____ ⌚ _____
IPAD _____ ⌚ _____ OTRO _____ ⌚ _____



Menciona cómo manejan los estados de tensión de su hij@

Relaciona la rutina de sueño

HORA DE:

LEVANTARSE	SIESTA	ACOSTARSE	TOTAL HORAS SUEÑO NOCTURNO Y SIESTA
-----	-----	-----	
HORAS SUEÑO NOC	HORAS SIESTA		
-----	-----		

DATOS MÉDICOS

Peso actual en Kg _____ Talla actual el Cm _____

EPS _____ Prepagada _____
Nombre del pediatra de cabecera _____ IPS _____
Familiar o acudiente principal en caso de emergencia _____ Celular _____
Condiciones de salud actuales _____ Tratamientos médicos actuales _____
Alergias _____ Intolerancias alimenticias _____
Medicamentos o suplementos que consume regularmente _____

Recomendaciones médicas o personales para tener en cuenta y que garanticen su bienestar físico y mental:
