



FICHA DE ENTREVISTA INICIAL

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIANTE A LA COMUNIDAD EDUCATIVA DEL JARDÍN LA RANA JUANA

En este espacio solicitamos a las Familias que nos expresen a los Docentes del Jardín cómo es su Hijo o Hija contándonos sobre sus intereses, sus emociones, describiendo su forma de ser:

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

DATOS PERSONALES

FECHA

SALA

TURNO

DOCENTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE.....

SOBRENOMBRE.....

D.N.I.

FECHA DE NACIMIENTO.....

NACIONALIDAD

DOMICILIO.....

TELÉFONO

TELÉFONOS ALTERNATIVOS

LOCALIDAD.....

NOMBRE DEL PADRE

NACIONALIDAD

EDAD ESTUDIOS REALIZADOS

OCUPACIÓN RELIGIÓN

¿ HABLA ALGÚN OTRO IDIOMA? ¿CUÁL?

NOMBRE DE LA MADRE NACIONALIDAD

EDAD ESTUDIOS REALIZADOS

OCUPACIÓN RELIGIÓN

¿ HABLA ALGÚN OTRO IDIOMA? ¿CUÁL?

HERMANOS:

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD
--------	------	-------------

.....		
-------	--	--

.....		
-------	--	--

.....		
-------	--	--

.....		
-------	--	--

CON QUIÈN VIVE EL ESTUDIANTE?

DATOS DE LA HISTORIA DEL ESTUDIANTE

CÒMO FUE EL EMBARAZO Y EL PARTO?

.....

CÒMO ACEPTÒ LOS PRIMEROS ALIMENTOS?

.....

CÓMO SE RELACIONA AHORA CON LA ALIMENTACIÓN?

.....

DURANTE LOS 1ROS. MESES DE VIDA, QUÈ OBJETOS NECESITÒ PARA SERENARSE?

.....

CUÀLES DE ESTOS OBJETOS CONTINÙA USANDO ACTUALMENTE?

CHUPETE MAMADERA

VASO CON PICO CUBIERTOS

CUÀND0 COMENZÒ A HABLAR? ¿TUVO DIFICULTADES?

.....

CUÀND0 COMENZÒ A CAMINAR? ¿TUVO DIFICULTADES?

.....

TIENE ACTUALMENTE ALGUNA DIFICULTAD DE PRONUNCIACIÓN, MOTORA, AUDITIVA O

VISUAL? CÒMO LA TRATAN?

.....

SALUD E HIGIENE

ES ALÉRGICO? A QUÈ?

CÒMO REACCIONA?

CÒMO LO TRATAN?

QUÈ ENFERMEDADES TUVO?

¿SUFRIÓ ACCIDENTES?

¿OPERACIONES?

DÒNDE Y CON QUIÈN DUERME? (EN SU HABITACIÓN)
.....

QUÈ HÀBITOS DE HIGIENE TIENE? SE BAÑA SOLO, SE CAMBIA SOLO, DUERME SOLO
.....
.....

EL NIÑO Y EL HOGAR

CON QUIÈN PASA MÀS TIEMPO?.....

CÒMO SE RELACIONA CON SUS PADRES?
.....

CÒMO SE RELACIONA CON LOS HERMANOS?

.....

CÓMO SE RELACIONA CON OTROS NIÑOS?.....

.....

¿QUÉ ACTIVIDADES SE REALIZAN EN EL HOGAR EN EL TIEMPO LIBRE?

.....

COMENTE CUÁNTAS VECES POR SEMANA SE LEEN LIBROS EN EL HOGAR

.....

¿QUÉ OTRO MATERIAL DE LECTURA SE UTILIZA?

.....

¿QUÉ SALIDAS REALIZAN EN FAMILIA?

.....

EL NIÑO/A TIENE ACCESO AL USO DE TECNOLOGÍAS, (DISPOSITIVOS, CUALES Y CUANTO TIEMPO)

.....

.....

EN SU FAMILIA ¿CELEBRAN FESTIVIDADES? POR EJEMPLO, NAVIDAD, PASCUAS, ETC.

.....

.....

QUIÉN IMPARTE LOS LÍMITES EN EL HOGAR?

QUÉ ESTRATEGIAS UTILIZAN?.....

CÓMO ACEPTA LOS LÍMITES?.....

REALIZÒ PREGUNTAS SOBRE EL NACIMIENTO O EL SEXO?

QUÈ SE LE RESPONDIÓ?

LE TEME A ALGO?

CÒMO LO TRANQUILIZAN?

CONCURRIÓ A OTRO ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO EN AÑOS ANTERIORES?
.....

CÓMO FUE LA RELACIÓN CON SUS PARES Y ADULTOS?

.....

CÒMO FUERON SUS EXPERIENCIAS ANTERIORES ?

.....

QUÈ MOTIVOS TUVO PARA ELEGIR ESTE JARDÍN?

.....

QUÈ LE PREOCUPA SOBRE LA CRIANZA DE SU HIJO PARA QUE LO TENGAMOS EN CUENTA?

.....

.....

QUÈ EXPECTATIVAS TIENE CON RESPECTO AL JARDÍN?

.....

.....

¿ HAY ALGUNA SITUACIÓN FAMILIAR QUE CONSIDEREN IMPORTANTE COMPARTIR CON LA INSTITUCIÓN? ¿CUÁL?

.....

OBSERVACIONES QUE DESEE REALIZAR.....

.....

.....

EN CUANTO A LA FAMILIA QUE ACOMPAÑA AL ESTUDIANTE NECESITAMOS CONOCER:
¿CUALES FUERON SUS NECESIDADES, SU ORGANIZACIÓN INTERNA? PARA ACOMPAÑAR EL PROCESO DE INICIACIÓN EN EL JARDÍN

.....

.....

.....

.....

DE ACUERDO A LO QUE USTEDES CONSIDEREN RESPECTO A CÓMO PUEDE LLEGAR A NECESITAR EL ESTUDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR PARA EL INGRESO AL JARDÍN CONSIDERA QUE: ¿REQUERIRA DE MAYOR ACOMPAÑAMIENTO EN LA SALA? ¿SOLO PRECISARÁ LA PRESENCIA DEL FAMILIAR EN EL ESPACIO EXTERIOR? O ¿NO LO REQUERIRA?

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ENTREVISTADO/A

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ENTREVISTADORA



AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS EN CARTELERAS Y PÁGINAS WEB

CICLO LECTIVO 2026

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE:

.....

SALA /SECCIÓN.....

TURNO

EN TODAS LAS SALAS LOS NIÑOS Y NIÑAS REALIZAN APRENDIZAJES QUE SON MÁS SIGNIFICATIVOS CUANDO SON PRESENTADOS A LA COMUNIDAD EDUCATIVA PARA SU VALORACIÓN.

POR ESTO LES SOLICITAMOS SU AUTORIZACIÓN ANTE LA POSIBLE PUBLICACIÓN DE FOTOS DE SUS HIJOS E HIJAS EN CARTELERA Y PAG. WEB DEL JARDÍN.

AUTORIZO SI / NO A PUBLICAR FOTOS DE MI HIJO/A EN CARTELERA Y PAG. WEB DEL JARDÍN.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O PERSONA RESPONSABLE

ACLARACIÓN

D.N.I.

LA DIRECCIÓN



AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE NIÑOS/AS DEL JARDÍN
CICLO LECTIVO 2026

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE:.....

SALA/SECCIÓN.....

TURNO.....

A CONTINUACIÓN DETALLAR LOS DATOS DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS POR LOS PADRES/MADRES Ó PERSONAS RESPONSABLES A RETIRAR A LOS ESTUDIANTES DEL JARDÍN; DENTRO DEL HORARIO ESCOLAR O A LA SALIDA DEL MISMO.

APELLIDO Y NOMBRE	D.N.I.	PARENTEZCO	TELEFONO

FIRMA DEL PADRE, MADRE O PERSONA RESPONSABLE

ACLARACIÓN

D.N.I.

AL FIRMAR ESTA DOCUMENTACIÓN QUEDA ESTABLECIDO QUE NO SE ACEPTARÁN AUTORIZACIONES TELEFÓNICAS, POR NINGÚN MOTIVO NI SE REALIZARÁN EXCEPCIONES.

LA DIRECCIÓN



INFORMACIÓN REFERIDA A LA
ASISTENCIA DE LOS ESTUDIANTES EN EL CAMBIADO DE ROPA
CICLO LECTIVO 2026

SEGÚN LOS LINEAMIENTOS CURRICULARES DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL, APROBADOS POR EL CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN EN MAYO 2008, MEDIANTE RESOLUCIÓN N 45/08.

LA LEY N 26.150 CONTEMPLA UN ESPACIO SISTEMÁTICO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE QUE PROMUEVE SABERES Y HABILIDADES PARA LA TOMA DE DECISIONES EN RELACIÓN CON EL CUIDADO DEL PROPIO CUERPO, LAS RELACIONES INTERPERSONALES, Y LOS DERECHOS DEL NIÑO/A.

EN EL MARCO DE ESTA LEY EL JARDÍN DE INFANTES LA RANA JUANA ASUME EL COMPROMISO DE GARANTIZAR LOS DERECHOS DEL NIÑO/A A SER ASISTIDOS EN SITUACIÓN DE NECESIDAD, CUIDANDO SU HIGIENE PERSONAL.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE:.....

SECCIÓN/ SALA

TURNO

TOMO CONOCIMIENTO :

FIRMA DEL PADRE, MADRE O PERSONA RESPONSABLE

ACLARACIÓN

D.N.I.



LISTA DE MATERIALES DE JARDÍN DE
INFANTES

“LA RANA JUANA” 2026

PRIMERA SECCIÓN SALA CELESTE: DE 3 AÑOS

SEGUNDA SECCIÓN SALA NARANJA: DE 4 AÑOS

TERCERA SECCIÓN SALA VERDE: DE 5 AÑOS

TODO LO QUE SE SOLICITA DEBE TENER EL NOMBRE PARA FAVORECER QUE ESTUDIANTES Y ADULTOS IDENTIFIQUEN SUS PERTENENCIAS

- MOCHILA SIN RUEDAS CON VASO BAJO O TAZA DE PLÁSTICO; SERVILLETA; TOALLA INDIVIDUAL DE MANO.
- UN CONTENEDOR DE ALIMENTOS PEQUEÑO CON GALLETITAS PARA CONSUMIR ESE DÍA.
- SALA DE 3 AÑOS 1 JABÓN LÍQUIDO
- SALA DE 4 Y 5 AÑOS JABÓN Y JABONERA
- 1 PAQUETE DE TOALLAS HUMEDAS
- MUDA DE ROPA EN LA MOCHILA TODOS LOS DÍAS! PARA USO EN CASO DE SER NECESARIO: BOMBACHA O CALZONCILLO, MEDIAS, REMERAS Y BUZO. SHORT O PANTALÓN LARGO DE ACUERDO A LA ESTACIÓN.
- 4 FOTOS 4X4 (PUEDE SER FOTOCOPIA COLOR)
- SALA DE 3 AÑOS 1 PINTORCITO DE TELA (O PLÁSTICO RESISTENTE), DE TAMAÑO QUE QUEDE CÓMODO CON BUZO DEBAJO
- 1 CAJA DE PAÑUELOS DESCARTABLES
- ALCOHOL EN GEL PEQUEÑO PARA USO PERSONAL (EN SU MOCHILA)
- SALA DE 3, 4 Y 5 AÑOS 2 BANDEJAS DE TELGOPOR
- SALA DE 3 AÑOS: 1 CAJA DE ZAPATOS FORRADA PAPEL CELESTE A LUNARES BLANCO
- SALA DE 4 AÑOS: 1 CAJA DE ZAPATOS FORRADA PAPEL NARANJA A LUNARES BLANCO
- SALA DE 5 AÑOS: 1 CAJA DE ZAPATOS FORRADA PAPEL VERDE CLARO A LUNARES BLANCO

DOCUMENTACIÓN:

✓ SALA DE 3 AÑOS , 4 AÑOS Y 5 AÑOS:

FOTOCOPIAS DE VACUNAS ACTUALIZADO

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

BUCODENTAL

CERTIFICADO DE BUENA VISIÓN

CERTIFICADO DE BUENA AUDICIÓN

✓ SALA DE 3,4 Y 5 AÑOS:

Presentar en formato papel en un folio las siguientes planillas:

- Autorización retiro 2026
- Información sobre cambiado de ropa 2026
- Autorización publicación de fotos y página web 2026
- Ficha entrevista inicial o de actualización (depende de cada caso)2026
- Ficha de salud 2026
- Cedula escolar (estudiantes nuevos en la institución)



FICHA DE SALUD

Familias:

Las Instituciones JARDÍN “LA RANA JUANA”, COLEGIO “NUEVA ERA” cuentan con la cobertura de EMERGENCIAS MÉDICAS “Medicardio”, por eso para asegurar una mejor atención, les solicitamos completar los siguientes datos:

APELLIDO Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE DNI

EDAD SALA TURNO DIRECCIÓN

TELÉFONO..... TELÉFONO PARA URGENCIAS.....

ANTECEDENTES MÉDICOS

GRUPO SANGUÍNEO

ES ALÉRGICO? SI - NO A QUÉ?

SI ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO ESPECIFIQUE CUÁL

TIENE ALGUNA AFECCIÓN CARDÍACA? SI - NO CUÁL?

TIENE ALGUNA AFECCIÓN RESPIRATORIA? SI - NO CUÁL?

SUFRIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ALGÚN/A

PROCESO INFLAMATORIO SI - NO DÓNDE?

FRACTURAS O ESGUINCES SI - NO DÓNDE?

ES CELÍACO/A SI- NO

ES DIABETICO/A SI- NO

PADECIÓ ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS SI - NO CUÁL?

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SI - NO CUÁL?

FUE OPERADO /A FECHA

INFORME CUALQUIER INDICACIÓN QUE ESTIME NECESARIA DEBAN SABER LOS MÉDICOS Y/O MAESTROS SOBRE LA SALUD DE

SU HIJO/A

TIENE OBRA SOCIAL? SI - NO

NOMBRE NRO DE CARNET PLAN

AUTORIZO POR LA PRESENTE A ACTUAR EN CASO DE EMERGENCIA SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ME COMPROMETO A INFORMAR A LAS AUTORIDADES DEL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER CAMBIO QUE OCURRIERA EN LA SALUD DE MI HIJO/A.

FIRMA..... ACLARACIÓN.....PARENTEZCO

LUGAR Y FECHA