



**FOTO
CARNET**

FICHA PSICOPEDAGÓGICA Y SOCIAL

A los efectos de tener un mayor conocimiento de nuestros alumnos solicitamos que sólo los Encargados de cumplir la Responsabilidad Parental, (Padres/Representantes Legales) completen la siguiente encuesta de carácter confidencial.

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A:.....
CURSO.....DIVISIÓN.....ORIENTACIÓN.....
AÑO LECTIVO.....

Fecha de nacimiento..... Edad..... Nacionalidad.....
Tipo y N° de Documento.....
Domicilio:..... Localidad.....
Teléfonos fijo y/o Celular.....
Mail.....
¿Qué transporte utiliza para venir a la escuela?

Grupo Familiar Conviviente:

Apellido y Nombre	Vínculo	Edad	Nivel de estudio	Ocupación	Lugar de trabajo	Asignación Universal SI/ NO



Grupo Familiar NO Conviviente:

Apellido y Nombre	Vínculo	Edad	Domicilio	Ocupación	Lugar de trabajo

¿Tiene hermanos en el DAD? **SI- NO** ¿En qué curso?.....

¿Cómo son las relaciones en el grupo familiar?

.....

.....

¿En qué momentos del día se reúne toda la familia?.....

¿Con quién le parece que tiene más afinidad su hijo/a?

¿Cómo lo describiría a su hijo/a?

.....

.....

.....

.....

¿Quién establece los límites? ¿Cómo? ¿Cuál es la respuesta de su hija/o?

.....

.....

.....

¿Actualmente hay alguna conducta que le preocupa de su hijo/a?

.....

.....

¿Dialoga con su hijo/a sobre temas actuales? (problemática adolescente, adicción a sustancias, salud sexual)

.....

.....

.....



Escolaridad primaria:

¿Dónde cursó la Escuela Primaria?

¿Repitió algún grado?..... ¿Cuáles fueron los motivos?

¿Cuáles han sido las asignaturas con mayor dificultad? ¿A qué lo atribuye?.....

¿Tiene el hábito de estudiar? Cuánto tiempo dedica al estudio?.....

¿Ha participado de alguna olimpiada? (Matemática, Ciencias Sociales, Ciencias Naturales) **SI- NO** ¿En qué Materia y año?.....

¿Necesita de un adulto para estudiar?.....

.....

¿Cómo ha sido la relación con sus compañeros? ¿Alguna dificultad?.....

.....

¿Cómo ha sido la conducta?.....

.....

¿Cómo ha sido la asistencia en los dos últimos años de escolaridad?

.....

¿En qué ocupa su tiempo libre?¿Cuánto tiempo y dónde?.....

.....

¿Tiene actividades extraescolares? SI – NO ¿Cuáles?.....

.....

¿Realiza actualmente algún tratamiento?:Motivo:

.....

¿Toma medicación? Si /No

¿Cuáles?.....

¿Tiene obra Social Si /No

¿Cuál?.....

Enfermedades importantes del grupo familiar, especifique quién:.....

.....



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

DIGES
DIRECCIÓN GENERAL
DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA

dad
DEPARTAMENTO DE
APLICACIÓN DOCENTE

San Fco. de Asís s/n
Parque Gral. San Martín. Mza.
Tel.: 4272262 / 4274722
Email: dad@uncu.edu.ar
Web: www.dad.uncu.edu.ar

¿Desea agregar algo más?

.....
.....

Si usted desea una entrevista con el Servicio de Orientación, puede solicitarla por teléfono al 4274722 al interno 1855.

Como Representante Legal me COMPROMETO a estar conectado al SISTEMA GOSCHOOL y a cualquier otra citación convocada por ésta, para participar en forma responsable en la EDUCACIÓN ESCOLAR.

FECHA.....FIRMA.....ACLARACIÓN.....

D. N. I