



SOLICITUD DE ADMISIÓN 2025
MENORES POSTULANTES A NIVEL INICIAL

I. CONVOCATORIA GENERAL: Se convoca a todas las familias que actualmente participan de nuestro proyecto 2024 y las nuevas familias que deseen ser parte de la comunidad Dulce aventura para el año 2025, a participar en el proceso de matrícula para el próximo año.

II. CRITERIOS DE ADMISIÓN:

1.-El Proceso de renovación de matrícula 2025 para jardín infantil y sala cuna se inicia a partir del día 2 de septiembre. Para estos efectos, Jardín infantil y sala cuna dulce aventura se ciñe a las disposiciones establecidas en la Circular N° 2 de la Superintendencia de Educación Escolar, referidas a los establecimientos Educacionales Particulares Pagados del 22 de marzo de 2013.

2.- Los formularios de admisión estarán disponibles en nuestra página web www.jardinsalacuna.cl desde donde podrán ser completados y cargados junto a otros documentos requeridos. De igual manera, los antecedentes solicitados podrán ser entregados físicamente en dirección de cada jardín.

***Solo se aceptarán postulaciones con toda la documentación solicitada.**

3.- La recepción de carpetas de postulación para alumnos nuevos será desde el 01-10-2024.

4.- Será responsabilidad de las familias que postulen a nuestra unidad educativa, informarse debidamente del Proyecto Educativo Institucional que está disponible para su conocimiento en la página web del jardín infantil.

5.- El jardín infantil y sala cuna dulce aventura, no asegura vacante a alumnos antiguos que se matriculen después del periodo de renovación exclusivo para renovación alumnos antiguos, periodo 2024 para 2025.

4) Nuestro jardín infantil comunica el resultado de la postulación a cada familia de manera individual en la fecha indicada en la sección *“Plazos del proceso de Admisión”*

1	Apertura de renovación matrícula alumnos antiguos	2 de septiembre al 30 de septiembre
2	Apertura matrícula alumnos nuevos 2025 (excepto sala cuna)	01 de octubre 2024 en adelante
3	Matrícula Sala cuna	Este proceso es mes a mes, no se reservan cupos con meses de antelación.
4	Resultado de matrículas alumnos nuevos 2025	01 de octubre 2024



FICHA DE SALUD 2025

Esta ficha es absolutamente confidencial, y tiene por propósito lograr una mejor atención del estudiante durante su jornada escolar y actuar en caso de emergencias. Para ello, solicitamos a Usted, contestar responsablemente todos los ítems, para que la información del jardín infantil respecto del estado de salud del menor sea correcta y completa.

1. ANTECEDENTES GENERALES DEL NIÑO(A)		
Nombres	Apellido paterno	Apellido materno
RUN	Curso	Fecha de Nacimiento: (DD/MM/AAA)
Domicilio		Teléfono
Grupo Sanguíneo y Factor RH	Peso (Kg.)	Talla (Mts.)

2. EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:		
Nombre	Parentesco	Celular
Nombre	Parentesco	Celular
Nombre	Parentesco	Celular

3. ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE (Marcar con una x según corresponda)					
Viruela	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>
Paperas	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Crisis de angustia	de <input type="checkbox"/>
Alteraciones Cardíacas	<input type="checkbox"/>	Desmayo en ejercicios	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Williams	de <input type="checkbox"/>
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Trastorno específico del lenguaje o aprendizaje	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho con esfuerzo	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	TEL Mixto	<input type="checkbox"/>	Síndrome de déficit atencional C7S (SDA/H)	<input type="checkbox"/>
Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/>	TEL Expresivo	<input type="checkbox"/>	Cuadros depresivos	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Tourette o MCS	<input type="checkbox"/>	TEA	<input type="checkbox"/>		
Otros antecedentes:					
Otras (especificar):					



4. Medicamentos de uso habitual			
MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	PARA QUE LO USA

5. ALERGIAS			
	SI	NO	A qué
A medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimenticias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros:			

6. Antecedentes quirúrgicos. Especifique el año en que fue operado y si presenta alguna secuela

7. Vacunas		
Al día	Faltantes	Vacuna faltante
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Información adicional
Si usted considera que existe algún aspecto importante de salud del menor que no ha sido mencionado anteriormente, por favor explíquelo a continuación.

9. En caso de emergencia o accidente, mi hijo debe ser trasladado a:	
CLINICA INDISA	<input type="checkbox"/>
CLINICA SANTA MARÍA	<input type="checkbox"/>
CLINICA HOSPITAL DEL PROF	<input type="checkbox"/>
Otros (indicar)	<input type="checkbox"/>

***EL SEGURO ESCOLAR DE NUESTRO JARDÍN INFANTIL Y SALA CUNA RIGE SOLO PARA SISTEMA DE SALUD PUBLICO**

- | IMPORTANTE |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Solicitamos dar aviso inmediato de cualquier modificación a este formulario. Si su hijo/a requiere algún tratamiento específico por estas u otras patologías durante el horario escolar, envíe la indicación médica correspondiente e informe vía correo electrónico a DIRECTORA de centro. |



OBSERVACIÓN:

NUESTRO ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL CUENTA CON PROYECTO DE INTEGRACIÓN ESCOLAR (PIE), el alumno que requiera puede optar a él con un costo adicional, este ítem no es obligatorio para las familias.

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito al colegio cualquier modificación a ésta.

Nombre, Firma del Apoderado 1

Nombre, Firma del Apoderado 2

AUTORIZACIÓN DE EXPLORACIÓN PSICOEDUCATIVA.

Yo, _____ Rut: _____
con fecha _____.

Doy mi consentimiento

No doy mi consentimiento

Para la evaluación, seguimiento y monitoreo psico-educativo de mi pupilo(a):
_____, al equipo multidisciplinario del jardín infantil, con el fin de detectar y prevenir tempranamente algún tipo de Necesidad Educativa Especial, para orientar al padre, madre y/o apoderado en el desarrollo integral del estudiante en el contexto pre-escolar.

Firma del Apoderado Académico



AUTORIZACIÓN CAMBIO Y ASEO

YO RUT AUTORIZO AL JARDIN INFANTIL Y SALA CUNA DULCE AVENTURA, QUE LAS TÍAS A CARGO DEL NIVEL DE MI REPRESENTADO (A) CAMBIEN LOS PAÑALES O ROPA CUANDO SEA NECESARIO, DANDOLE EL CUIDADO Y ASEO NECESARIO.

SI..... NO.....

.....

FIRMA APODERADO



Nuestro jardín infantil y sala cuna solicita que todo menor con NEE detectada antes de su ingreso o durante su permanencia en el jardín infantil. debe contar con el apoyo profesional necesario para su desarrollo, esto puede ser tomado por fuera o dentro del jardín infantil de acuerdo a los profesionales que tiene de manera extraordinaria.

Yo, _____ Rut: _____, con fecha: _____

Entiendo y acepto clausula

No estoy de acuerdo.

Y en el caso que mi hijo presente NEE, realizaré lo necesario de manera particular o asociado a jardín dulce aventura para que pueda ir tratando su NEE de la manera adecuada a su dificultad.

Firma del Apoderado Académico.

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES EN PÁGINA WEB E INSTAGRAM DEL JARDÍN INFANTIL.

Autorización para el uso de imágenes y/o testimonio de menores.

Yo, _____ Rut: _____, con fecha: _____.

Doy mi consentimiento.

No doy mi consentimiento.

Para la publicación de imágenes y/o testimonios en página web e Instagram del jardín

Firma del Apoderado Académico.