

DESCRIPCIÓN BÁSICA DEL PROCESO

OBJETO Y ALCANCE	RESPONSABLE	EQUIPO DE PROCESO
Inscripción en el registro del colegio de los alumnos admitidos y agrupamiento según los criterios del ROF	Secretario	
INICIO DEL PROCESO	FIN DEL PROCESO	
Publicación de la lista definitiva de alumnos admitidos.	Confeccionar la lista de alumnos por grupos de acuerdo con los criterios establecidos en el Centro (Proceso de Acogida)	
SUBPROCESOS		
PROCESOS RELACIONADOS (ANTES)	PROCESOS RELACIONADOS (DESPUÉS)	
Escolarización	Agrupamiento	

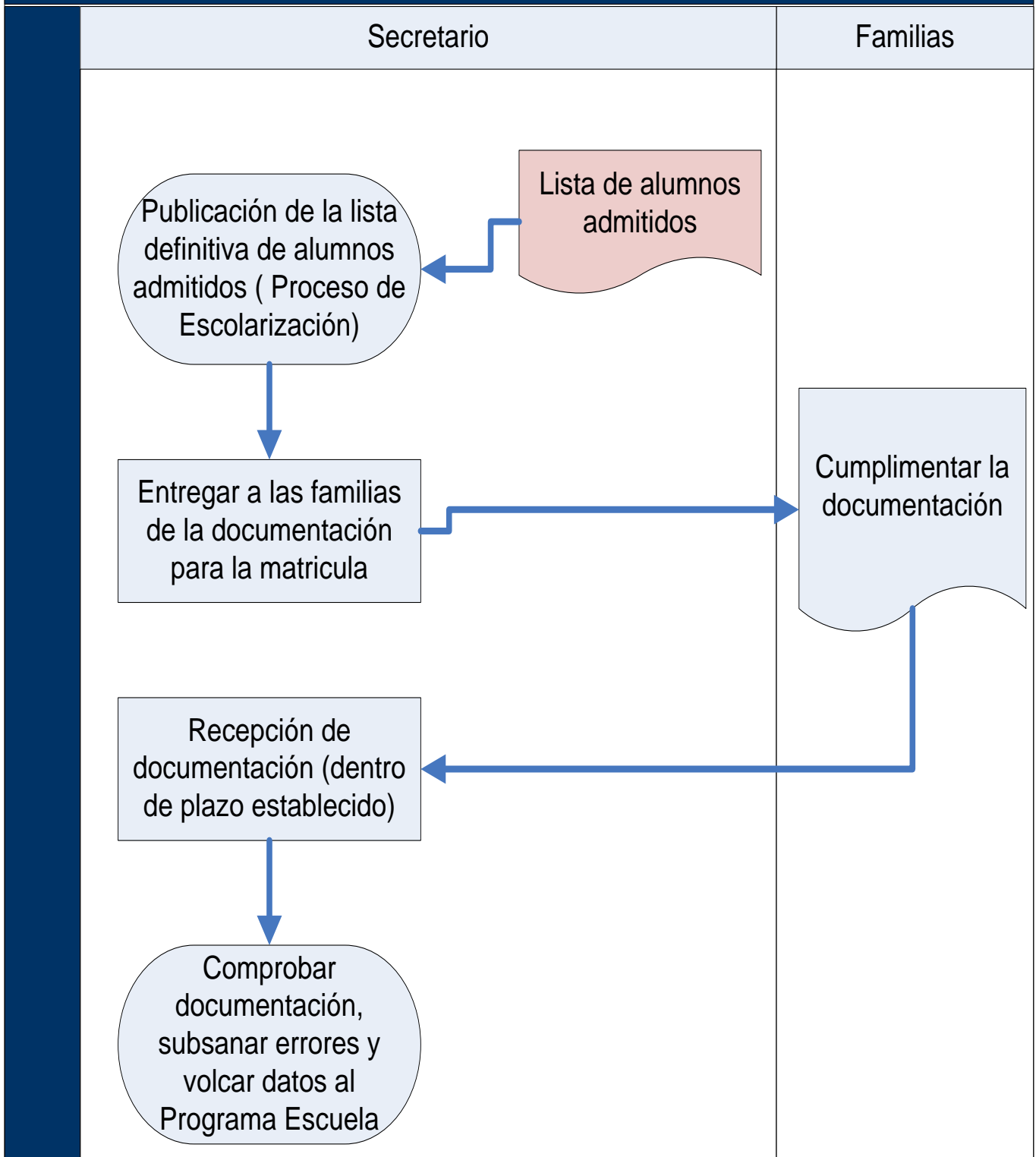
ACTIVIDADES DEL PROCESO

ACTIVIDADES DEL PROCESO	RESPONSABLE	DOCUMENTOS RELACIONADOS
Publicación de la lista definitiva de alumnos admitidos (Proceso de Escolarización)	Secretario	Lista
Entrega a las familias de la documentación para la matrícula	Secretario	<p>Entregar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ficha de matrícula. -Cuestionario datos iniciales. -Documento sobre religión o Atención educativa. -Cuestionario de salud infantil. -Ficha de autorización de imágenes. -Cuadernillo de "comienzo a ir al colegio" (3 años) <p>Solicitar además:</p> <ul style="list-style-type: none"> -6 fotografías -Fotocopia DNI padre, madres o tutores. -Fotocopia de Libro de Familia (hoja del niño)
Recepción de documentación (dentro de plazo establecido)	Secretario	
Comprobar documentación, subsanar errores y Programa Escuela	Secretario	

INDICADORES

INDICADOR	ORIGEN DE DATOS	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
% Numero matriculados / Numero admitidos.		Anual	Secretario
Satisfacción de los padres con la escolarización y matriculación	Encuesta a las familias al realizar la matriculación	Anual	Director

Proceso para matricular al alumnado



MATRICULACIÓN

Año académico 20..-20..

Documentación que se debe entregar

LA MATRICULACIÓN HA DE HACERSE DEL 15 AL 30 DE JUNIO DE 2...

- 1º.- Ficha de matrícula.
- 2º.- Cuestionario de datos iniciales debidamente cumplimentado.
- 3º.- Documento sobre Religión o Alternativa.
- 4º.- Cuestionario de salud infantil.
- 5º.- Autorización de imágenes.
- 3º.- Seis fotografías tamaño carnet.
- 4º.- Fotocopias de los carnets de identidad del padre y de la madre.
- 5º.- Fotocopia del libro de familia. Hoja del niño/niña.



Proyecto Educativo
Reglamento de Organización y Funcionamiento
Proceso para matricular al alumnado

Documento: **04-2**

Fecha: 25-03-2010

Revisión: 00

Documento: 10-03-25: Ficha de matrícula

FICHA DE MATRÍCULA

Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:	
Sexo	Fecha de nacim.	Lugar y provincia:			
Domicilio, código postal, localidad y provincia:				Teléfono1	
				Teléfono2	
D.N.I.:		Apellidos y nombre de la madre o tutora:			
Teléfono:	Estudios:	Profesión:	Situación Laboral:		
e-mail:					
D.N.I.:		Apellidos y nombre del padre o tutor:			
Teléfono:	Estudios:	Profesión:	Situación laboral:		
e-mail:					
Nº de hermanos (sin el alumno):		Asistencia sanitaria		Nº de cartilla:	
Lugar que ocupa					
OBSERVACIONES MEDICAS O DE OTRO TIPO:					
SI PROCEDE DE OTRO CENTRO:					
Nombre:					
Localidad:		Provincia:			
Declaro que son ciertos los datos arriba indicados					
Logroño a ___ de _____ de _____					
(Firma el padre, madre o tutor)					

Documento: 10-03-25: Cuestionario datos iniciales

CUESTIONARIO DE DATOS INICIALES

Ante la incorporación de su hijo/a a nuestro Centro, les rogamos que cumplimenten el presente cuestionario con el fin de que podamos tener un mejor conocimiento del niño/a.

Al rellenar este cuestionario ponga SÍ o NO, o los comentarios oportunos sobre la líneas discontinuas.

1.- DATOS MEDICOS:

* **Embarazo de este niño:** Normal: _____ Rubeola: _____ Otros problemas: _____

* **Parto:** Normal: _____ Rápido: _____ Lento: _____ Fórceps: _____ Cesárea: _____

¿Lloró al nacer?: _____ Anoxia: _____ Peso: _____

* **Enfermedades padecidas:**

Sarampión: _____ Tosferina: _____ Difteria: _____ Escarlatina: _____ Varicela: _____

Amigdalitis frecuentes: _____ Reumatismo: _____ Otitis: _____ Otra: _____

* **¿Ha sido hospitalizado o intervenido quirúrgicamente?:** _____

Edad _____ Causa _____

* **Tiene alguna deficiencia orgánica?** _____ ¿De que tipo?: Visual _____ Auditiva _____ Otras _____

2.- DATOS FAMILIARES:

* **Hermanos:** Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

* ¿Qué miembro de la unidad familiar **se encarga habitualmente del niño o niña**? Madre _____ Padre _____

Abuelos _____ Tíos _____ Otros _____

* ¿Hay alguna **enfermedad** frecuente en la **familia**?: _____

3.- DATOS ESCOLARES:

* ¿Ha asistido a **guardería** o colegio de Educación Infantil? _____ ¿Desde que edad? _____

* ¿Está **ilusionado** con venir al **colegio**? _____ ¿Por qué?: _____

* ¿Que aspecto le **preocupa** más de la **educación** de su hijo o hija?: _____

4.- COMPORTAMIENTO EN GENERAL

4.1 AUTONOMIA PERSONAL:

* **Comida:** ¿Tiene apetito? _____ ¿Come solo? _____ ¿Qué suele desayunar? _____
¿Tiene alguna dificultad con la comida? _____ ¿De qué tipo? _____

* **Esfínteres:** ¿Controla esfínteres? _____

* **Aseo:** ¿Se asea solo? _____ ¿Quién le ayuda? _____
¿Se viste solo? _____ ¿Quién le ayuda? _____

4.2 SUEÑO:

* ¿Duerme sólo? _____ ¿Con quién? _____
¿A qué hora suele acostarse? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

* ¿Necesita dormir con la luz encendida? _____ ¿Tiene miedo? _____ ¿De qué? _____ ¿Tiene pesadillas o se despierta por la noche? _____ ¿Se hace pis por la noche? _____

5.- JUEGO

* ¿Cual es el juguete, juego o actividad preferido por su hijo/a?: _____

* ¿Cómo juego habitualmente?: Sólo _____ con otros niños _____ con sus hermanos _____ con adultos _____

* ¿Dónde juega habitualmente?: En su casa _____ en casa de otros niños _____ en la calle _____

* ¿Ve la televisión?: Nunca _____ A diario _____ Algunos días _____ El fin de semana _____

¿Qué tipo de programas?: Infantiles _____ películas _____ todos _____

¿Cuánto tiempo diario ve la televisión (aproximado) _____

6.- RELACIONES SOCIO-FAMILIARES

* ¿Plantea algún problema en la **convivencia familiar**? _____ ¿De qué tipo? _____

* ¿Existe alguna **situación familiar** que haya afectado a su hijo/a?: _____ ¿Cual? _____

* ¿Qué es **lo que más le gusta de su hijo/a**? _____

* ¿Qué es **lo que menos le gusta**? _____

* ¿Cómo es su **comportamiento**?:

Con el padre: Muy bueno _____ Adecuado _____ Malo _____

Con la madre: Muy Bueno _____ Adecuado _____ Malo _____

Con los hermanos: Muy bueno _____ Adecuado _____ Malo _____

Con otros familiares: Muy bueno _____ Adecuado _____ Malo _____

Con sus amigos de juego: Muy bueno _____ Adecuado _____ Malo _____



Proyecto Educativo

Reglamento de Organización y Funcionamiento

Proceso para matricular al alumnado

Documento: **04-2**

Fecha: 25-03-2010

Revisión: 00

Documento: 10-03-25: Religión o Atención Educativa

DOCUMENTO SOBRE RELIGIÓN O ATENCIÓN EDUCATIVA

La Educación Infantil y Primaria, que sus hijos comienzan este curso, establece como asignatura optativa para los niños el estudio de la Religión Católica.

Al respecto, son los padres quienes deben manifestar, el deseo de que sus hijos estudien o no, esta signatura. Como opción para quienes no opten por ella, existe la llamada Atención Educativa.

La decisión que ustedes tomen ahora será válida para toda la Educación Infantil y Primaria salvo que deseen cambiarla al comienzo de cada curso escolar.

ALUMNO/A: _____

D. /Dña: _____

PADRE/ MADRE/ TUTOR del alumno/a arriba indicado, expresa su deseo de que su hijo/a curse enseñanza de: (marcar la elección)

RELIGIÓN Y MORAL CATÓLICA

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN EDUCATIVA

Logroño a _____ de _____ de 20

Firma del padre, madre o tutor

Fdo: _____

Documento: 10-03-25: Cuestionario salud infantil

CUESTIONARIO DE SALUD INFANTIL

ASUNTO: Mantenimiento actualizado de datos sobre salud infantil de nuestro alumnado.

Este documento, que pretende ser único para toda la escolaridad, tiene por objeto recoger aquellas circunstancias o necesidades conocidas de nuestro alumnado en materia de salud. Su conocimiento nos permitirá estar preparados y podremos resolverlas de forma adecuada.

Rogamos a las familias que rellenen el siguiente cuestionario, y que a lo largo de la escolaridad nos hagan saber cualquier circunstancia que interese para su actualización.

Alumno/a:	Año nacimiento:
-----------	-----------------

Señale con una X

<input type="checkbox"/>	El/la alumno/a NO presenta ninguna circunstancia destacable que requiera atención o cuidado especial.
<input type="checkbox"/>	El/la alumno/a SÍ requiere atención por lo siguiente:
<input type="checkbox"/>	Problema respiratorio, circulatorio o locomotor que le impide realizar con normalidad las actividades del área de Educación Física,
<input type="checkbox"/>	Alergia a mercromina, yodo, o a cualquier otro medicamento de los que suelen usarse en la cura de pequeñas heridas.
<input type="checkbox"/>	Otros

En caso afirmativo, especificar el problema y los cuidados que precisa:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Logroño de de

Padre/madre/tutor

Fdo:



Proyecto Educativo
Reglamento de Organización y Funcionamiento
Proceso para matricular al alumnado

Documento: **04-2**

Fecha: 25-03-2010

Revisión: 00

Documento: 10-03-25: Autorización imágenes

FICHA DE AUTORIZACIÓN DE IMÁGENES

Don/Dña: _____ DNI: _____

Como padre/madre del alumno/a: _____

Doy mi consentimiento expreso para que el Colegio Público Doctor Castroviejo pueda utilizar las imágenes de mi hijo/a tomadas en actividades lectivas, complementarias y extraescolares organizadas por el centro docente, y publicarlas en:

- La página web del centro.
- Orlas, carteles y composiciones de trabajos escolares.
- Publicaciones o revistas de ámbito educativo y/o cultural.

Logroño, de _____ de 200

Firma del padre/madre

Año de nacimiento
del alumno/a