

**SERVICIOS QUE BRINDA LA DIRRECCION DE EDUCACION MUNICIPAL**

NO	Servicio Prestado	Descripcion del Servicio	Tasa y Derecho	Procedimiento	Requisitos	Formato
1	Guarderías	Se cuenta con 4 Guarderías Municipales, Guardería el Forjador (Col Satelite, 1era etapa) San Ignacio de Loyola (anexo al Ocotillo) Medina Concepcion (Barrio Medina Concepcion 4 y 6 calle) Guamilito (Barrio Guamilito 6 y 7 calle 7 y 8 avenida, interior del mercado Guamilito), con una matricula de 111 niños y niñas, en edades de 2 meses a 5 años.	N/A	1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al niño o niña en la Guardería. 2. Se revisa la documentacion (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripcion (Anexo) 4. Se brinda atencion a los niños y niñas implementando estimulación temprana, charlas con diferentes temas de acuerdo a su edad, alimentación con menú balanceado y Escuela para padres.	Edad de 4 meses a 6 años, partida de Nacimiento, Copia de tarjeta de vacunación, exámenes de sangre, orina y heces, copia de cedula de los padres, 2 fotos tamaño carnet, constancia de trabajo de los padres, atención de enero a diciembre.	Llenado de ficha (anexo)
2	Prebasica	se cuenta con 14 Centros de Educacion Prebasica, con una matricula de 578 niños y niñas.	N/A	1. Se recibe a los Padres de familia interesados en inscribir al niño o niña en la Centro Municipal de Educacion Prebasica. 2. Se revisa la documentacion (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripcion (Anexo) 4. Educacion en el nivel prebasico regido por el Currículo Nacional Prebasico, donde los niños estan inscritos en el Sistema de Administracion de Centros Educativos SACE, se les brinda merienda escolar, charlas a los niños en diferentes temas, Escuela para padres a lo largo del año lectivo.	Edad de 5 a 6 años, partida de nacimiento, copia de tarjeta de vacunación, copia de identidad de los padres, atención de febrero a noviembre (año lectivo)	Llenado de ficha (anexos)

3	Educacion Especial	Instituto Municipal de Educacion Especial actualmente tiene una matricula de 177	Lps. 100.00 de matricula, Lps. 50.00 la mesnualidad	<p>1. Se recibe a los Padres de familia interesados en incribir al niño o niña en el Centro. 2. Se entrevista al Padre o encargado y se llena ficha de inscripcion. 3. Se entrega recibo de pago de matricula para pagar en el Banco. 4. el Padre procede a pagar la matricula en el Banco y regresa a las instalaciones del Centro 5. Se hace valoracion Psicologica y pedagogica al niño o niña. 6. Se ofrece atencion especializada a los usuarios con diferentes discapacidades intelectuales y/o fisicas, con programa de audicion, transtornos del espectro autista, microempresa, area funcional y asi lograr inclusion en las escuelas regulares, terapias especializadas aplicadas por fisioterapeuta, terapia ocupacional, pintura, zumba, estimulacion, merienda escolar, escuela para padres durante el año.</p>	Partida de nacimiento, copia de identidad de los padres, dictamen medico de existir.	Llenado de ficha de incripcion/registro , entrevista con los padres, ficha socio econimoca, formatos de compromiso del encargado, control de enfermeria, Historial del estudiante (ficha psicologica), (Anexos)
---	--------------------	--	---	--	--	---

4	Capacitacion Tecnica	Centro de Capacitacion Tecnica Sampedrano con una matricula de 416 alumnos, Honduras Corea con una matricula de 254 alumnos, Chamelecon con una matricula de 122 alumnos	<p>Tecnico Sampedrano Lps.700 de matricula, LPS.150 de seguro, mensualidad Lps.500.00.</p> <p>Tecnico Honduras Corea Lps. 800.00, matricula Lps. 150.00 seguro, Lps. 50.00 de carnet, Lps.500.00 de mensualidad.</p> <p>Tecnico Chamelecon Lps. 600.00 de matricula, Lps. 150.00 seguro, Lps.50.00 de carnet, Lps. 350.00 de mensualidad.</p>	<p>1. Se recibe a los Padres de familia interesados en incribir al joven. 2. Se revisa la documentacion (Requisitos) 3. Se procede a llenar la ficha de inscripcion (Anexo) 4. Se entrega recibo de pago de matricula para pagar en el Banco. 5. el Padre procede a pagar la matricula en el Banco y regresa a las instalaciones del Centro Tecnico para continuar con el proceso. 6. Se procede a entrevista psico pedagogica con el joven. 7. Los padres llenan las actas de compromiso. 8. Los tre Centros Tecnicos cuentan con diferentes carreras tecnicas como: refrigeracion, electricidad, belleza, estructuras metalicas, mantenimiento de maquinas de maquila, carpinteria y ebanisteria, corte y confeccion, reparacion de maquinas de coser industrial, electronica, reparacion y mantenimiento de computadoras, refrigeracion industrial, electronica, diseño grafico y mecanica automotriz durante el año lectivo, yendo a practica profesional al finalizar la totalidad de sus modulos.</p>	<p>Tener edad de 14 en adelante, certificado del ultimo año cursado como minimo diploma del sexto grado, tres fotografias tamaño carnet, fotocopia de partida de nacimiento o cedula, tarjeta de salud, denreingresso presentar boleta de calificaciones. <b>JORNADA NOCTURNA:</b> ser mayor de 18 años, fotocopia del certificado de ultimo año cursado como minimo de sexto grado, tres fotocopias tamaño carnet, fotocopia de cedula de identidad y tarjeta de salud, constancia de trabajo.</p>	<p>Llenado de ficha de inscripcion/ matricula, Ficha psico pedagogica, compromiso para practica profesional, acta de compromiso Escuela para Padres, entrevista Padres familia, remision de casos por rendimiento academicos y ausencias, compromiso de transporte. (anexo)</p>
---	----------------------	--	---	---	---	---

	5 Bibliotecas	4 Bibliotecas Municipales, Biblioteca San Juan (sector Lomas del Carmen), Biblioteca Suyapa (sector Chamelecon), Biblioteca Paraiso ( Cofradia) Biblioteca Rafael Hernandez, (Colonia Satelite).	N/A	Atencion a niños y niñas de escuelas publicas, impartiendo charlas con diferentes temas (buling, acoso sexual, autoestima) tutorias en lectroescritura, matematicas y ayuda con las tareas.	Ninguno	Ninguno
--	---------------	---	-----	---	---------	---------

MPs. María Eugenia Hausenmann  
Dirección Municipal de Educación





SAN PEDRO SULA  
Obreros Orden  
Honestidad

MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA  
GERENCIA DE APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES  
DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION



## Centros de Educación Pre básica y Guarderías.

- Formato de inscripción



SAN PEDRO SULA  
Cuerpo (Cuerpo)  
Municipal

**Municipalidad de San Pedro Sula**  
**Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales**  
**Dirección Municipal de Educación**

Foto

**FICHA DE MATRICULA**  
**DATOS GENERALES**

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Niño: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Identidad: \_\_\_\_\_ Edad en Años y Meses: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Trabaja actualmente: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ No. de Identidad: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Trabaja Actualmente: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de emergencia comunicarse con:-----MOVIL: \_\_\_\_\_

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

El niño vive con:

- Ambos padres
- Solo con el padre
- Solo con la madre
- Con otros parientes
- Especifique con quien vive el niño o niña:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATOS MEDICOS**

Marque con una X o placa las vacunas recibidas por el niño presentar tarjetas de vacuna

a) Contra Polio: \_\_\_\_\_ b) : Contra la viruela: \_\_\_\_\_ c) Varicela: \_\_\_\_\_ d) Tetano: \_\_\_\_\_

e) Contra el Sarampión: \_\_\_\_\_ f) Contra tos ferina: \_\_\_\_\_ c) Rubiola: \_\_\_\_\_

Enfermedades que padece: \_\_\_\_\_

Reacción a la Vacuna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SAN PEDRO SULA  
Urbes Orden  
Progreso

Municipalidad de San Pedro Sula  
Gerencia de Apoyo a la Prestación de Servicios Sociales  
Dirección Municipal de Educación



Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

¿Padece de la Vista? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas Odontológicos?  
Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Padece de alguna enfermedad física o mental? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ en caso de ser  
su respuesta si especifique: \_\_\_\_\_

¿Padece algún tipo de alergias a medicamento o algún alimento? Si: \_\_\_\_\_  
No: \_\_\_\_\_ en caso de ser su respuesta si  
especifique: \_\_\_\_\_

### Desarrollo de Niño

Embarazo No. \_\_\_\_\_ Planeado: \_\_\_\_\_ Deseado: \_\_\_\_\_

Amenazas de aborto: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Caídas o golpes en el embarazo:

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Parto Normal: \_\_\_\_\_ Cesarea: \_\_\_\_\_ a

los: \_\_\_\_\_ meses nació morado: Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Amarillo

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Tuvo transfusiones de sangre

Si: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ Problemas de respiración Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Indique con una x o placa si el niño padece de miedos o fobias:

a) Obesidad \_\_\_\_\_ b) Perros: \_\_\_\_\_ c) Gatos: \_\_\_\_\_ d) Altura: \_\_\_\_\_

e) Extraños: \_\_\_\_\_ f) Adultos: \_\_\_\_\_ g) Agua: \_\_\_\_\_ h) Fuego: \_\_\_\_\_

i) Oscuridad: \_\_\_\_\_ j) Soledad: \_\_\_\_\_ k) Encierro: \_\_\_\_\_ l) Otros niños: \_\_\_\_\_

El niño es remitido de alguna institución especifique Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es si especifique la institución: \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**GERENCIA DE APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**



**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

- Formato especial (Datos Generales)
- Ficha de entrevista a Padres de Familia
- Ficha Socio- Económica
- Ficha de Registro de alumno
- Control de Enfermería
- Datos personal e historial del estudiante (ANAMNESIS)
- 
-





## FORMATO ESPECIAL

El Instituto Municipal de Educación Especial comprometido a impartir una educación de calidad y seguridad a toda su población infantil, requiere lo siguiente :

Yo \_\_\_\_\_ mayor de Edad con #  
de Ident. \_\_\_\_\_ responsable del Alumno  
\_\_\_\_\_ del Nivel  
\_\_\_\_\_, residente en el municipio de  
\_\_\_\_\_, Departamento de Cortes, Por medio de este  
documento hago constar que el menor antes mencionado, a la hora de la salida de clases  
se desplazara solo(a) de la institucion hasta nuestro hogar.

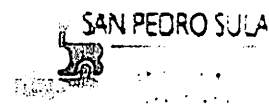
De esta forma dejo fuera de toda responsabilidad a esta institucion de cualquier situacion  
que se presente fuera de sus instalaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable del Alumno

\_\_\_\_\_  
Director (a) IMDEE



## MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA



### INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL

Tel-fax: (504) 2552-0501

## ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA

Se les agradece nos ayuden a responder las siguientes preguntas que nos serán de gran utilidad para el mejoramiento y desarrollo de nuestros servicios institucionales, recuerden padres de familia que la formación en el Instituto Municipal de Educación Especial es un compromiso de todos y ustedes son parte vital de la misma.

1. Sabía usted que la institución cuenta con servicios profesionales en áreas de desempeño relacionadas con competencias Artísticas, atención en salud medica con énfasis en terapia física, y el área de Orientación Psicológica?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. ¿Qué espera de los servicios mencionados anteriormente en el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus hijos?

R. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Estaría dispuesto/dispuesta usted como figura de autoridad formativa de su hijo/hija, ser parte activa del proceso de enseñanza-aprendizaje integral en la institución, para facilitar el proceso de inclusión del estudiante a la vida social.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. Por qué creen ustedes que es importancia brindar una formación en la escuela donde maestros-estudiantes-padres de familia trabajen en una misma dirección?

R//

---

---

---

---

---

---

5. ¿Qué cambios ha observado actualmente en la institución?

---

---

---

---

---

6. ¿Qué le gustaría que mejoráramos en la institución?

---

---

---

---

---

---

**Nombre y Firma del Entrevistado / a**

**No. Ident.**



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

SAN PEDRO SULA

FICHA SOCIO - ECONOMICA

No.



FECHA

PRIMER NOMBRE  SEGUNDO NOMBRE  PRIMER APELLIDO  SEGUNDO APELLIDO   
 FECHA DE NAC.  EDAD :  SEXO :  TIPO DE SANGRE :

DIRECCION :

VIVE CON : MADRE :  PADRE :  AMBOS :  OTROS :

ESPECIFIQUE :

NOMBRE DE LA MADRE :

ESTADO CIVIL :

FECHA DE NAC.  EDAD :  TIPO DE SANGRE :

NOMBRE DEL PADRE :

ESTADO CIVIL :

FECHA DE NAC.  EDAD :  TIPO DE SANGRE :

**ESTRUCTURA FAMILIAR :**

No. De PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR :

No. DE HERMANOS :  MAYORES DE 10 AÑOS :  MENORES DE 10 AÑOS :

**HISTORIA ESCOLAR DEL ALUMNO (A) :**

HA ESTADO EN OTRA ESCUELA  CUAL :

POR CUANTO TIEMPO :  ASISTIA VOLUNTARIAMENTE :

COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA

**ASPECTO NUTRICIONAL :**

TIEMPOS DIARIOS DE COMIDA  COME BIEN

TIPO DE COMIDA  CANTIDAD DE GOLOSINAS

OBSERVACIONES :

**ASPECTO ECONOMICO :**

**INGRESOS**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_

TOTAL INGRESOS LPS. \_\_\_\_\_

**EGRESOS :**

PAGO DE CASA : \_\_\_\_\_ ALIMENTACION : \_\_\_\_\_ AGUA \_\_\_\_\_

LUZ : \_\_\_\_\_ TELEFONO : \_\_\_\_\_ MEDICINA : \_\_\_\_\_

ESCUELA : \_\_\_\_\_ OTROS : \_\_\_\_\_

TOTAL EGRESOS LPS. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ENTREVISTADO  
No.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE ENTREVISTADOR



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**



FICHA DE REGISTRO DE ALUMNO

No.

FOTO



FECHA DE MATRICULA

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE : \_\_\_\_\_

DIRECCION : \_\_\_\_\_

PATOLOGIA : \_\_\_\_\_ NIVEL SUGERIDO : \_\_\_\_\_

TOMA MEDICAMENTO SI  NO  CUAL : \_\_\_\_\_

ES ALERGICO SI  NO  QUE TOMA : \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PADRE O ENCARGADO**

PRIMER NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ PRIMER APELLIDO \_\_\_\_\_ SEGUNDO APELLIDO \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NAC. \_\_\_\_\_ EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE : \_\_\_\_\_

DIRECCION : \_\_\_\_\_

TEL. FIJO : \_\_\_\_\_ TEL. CEL : \_\_\_\_\_

VIVE CON EL ALUMNO SI  NO

OBSERVACIONES : \_\_\_\_\_

TRABAJA SI  NO  DONDE : \_\_\_\_\_

DIRECCION : \_\_\_\_\_

TELEFONO . \_\_\_\_\_

**HABITOS E HIGIENE :**

REGULARIDAD PARA BAÑARSE : \_\_\_\_\_

COLABORA EN EL ASEO DE LA CASA \_\_\_\_\_ CUALES \_\_\_\_\_

ALGUIEN TIENE VICIOS EN LA CASA \_\_\_\_\_ QUIEN \_\_\_\_\_

DROGAS \_\_\_\_\_ ALCOHOL \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

ASPECTO GENERAL DE SALUD DEL ALUMNO (A) \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO \_\_\_\_\_

EL ALUMNO (A) DUERME : SOLO  ACOMPAÑADO  CON QUIEN

**TIEMPO LIBRE :**

PREFERENCIA DEL ALUMNO (A) EN CASA, TV  RADIO  COMPUTADORA

JUGAR  QUE : \_\_\_\_\_

QUE TIEMPO LE DEDICA A ESTA ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

USTED LE DEDICA TIEMPO AL ALUMNO (A) \_\_\_\_\_ CUANTO : \_\_\_\_\_

DE QUE FORMA : \_\_\_\_\_

**LABOR CULTURAL :**

ASISTE AL CINE  TEATRO  FIESTAS  EXCURSIONES  OTROS

LECTURAS ACOSTUMBRADAS EN CASA, PERIODICOS  REVISTAS

PAQUINES  CUENTOS INFANTILES  LIBROS

PROGRAMAS DE TV. QUE MIRAN EN CASA : PROGRAMAS INFANTILES  ACCION

CARICATURAS  NOVELAS  TERROR  NOTICIEROS  PROHIBIDOS

MUSICALES  CULTURALES  EDUCATIVOS  COSINA

**TIPO DE VIVIENDA :**

PROPIA  ALQUILADA  OTRO  CUAL : \_\_\_\_\_

MATERIAL  CEMENTO  MADERA  OTROS \_\_\_\_\_

DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA \_\_\_\_\_



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**INSTITUTO MUNICIPAL DE EDUCACION ESPECIAL**

**CONTROL DE ENFERMERIA**

NOMBRE DEL ALUMNO (A): \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PATOLOGIA : \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SANGRE : \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CUANTAS VECES AL AÑO LLEVA SU HIJO(A) AL MEDICO:

A)- MEDICO GENERAL: \_\_\_\_\_ B)- ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

C)- ES ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO, SI SU RESPUESTA ES POSITIVA ESPECIQUE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



D)- TOMA ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA PERMANENTE

E)- QUE DOSIS Y A QUE HORA: \_\_\_\_\_

OTROS DATOS DEL NIÑO(A):

EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS HA SIDO HOSPITALIZADO SU HIJO(A): (SI) (NO)

RAZON DE LA HOSPITALIZACION: \_\_\_\_\_

SU HIJO(A) HA SIDO EVALUADO POR ALGUN ESPECIALISTA (SI) (NO)

QUE TIPOS DE EXAMENES LE HAN REALIZADO Y CUAL ES EL DIAGNOSTICO:

SU HIJO(A) TIENE EVALUACION PSICOLOGICA: (SI) (NO)

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA PERSONA RESPONSABLE

# Ident.



# IMDEE

## DATOS PERSONALES E HISTORIAL DEL ESTUDIANTE (ANAMNESIS)

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

DIRECCION EXACTA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOCENTE O ESPECIALISTA QUE REFIERE: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE REFERENCIA: (EXPLIQUE EN FORMA CLARA PARA LO QUE SE ENVIA)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### GRUPO FAMILIAR:

PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

EDUCACION: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ INGRESOS: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ INGRESOS: \_\_\_\_\_

### HERMANOS

	NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	VIVEN EN LA CASA
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN LA CASA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EN SU FAMILIA ALGUN MIEMBRO HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES:

TRASTORNO NEUROLOGICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALCOHOLISMO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿HA TENIDO EL NIÑO (A) UNA EVALUACION PREVIA FUERA DE LA ESCUELA? SI ( ) NO ( ) SI ES ASI,  
DONDE Y CUANDO? ¿TIENE ALGUN REPORTE DISPONIBLE QUE NOS FACILITE?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HA RECIBIDO EL NIÑO (A) ALGUN TRATAMIENTO ESPECIAL (DIETAS, MEDICAMENTOS, EVALUACION  
PSICOLOGICA, AYUDA PSIQUIATRICA, OTRA) SI ( ) NO ( ) SI ES ASI FAVOR DE DESCRIBIRLO.  
INCLUYA NOMBRE DE MEDICAMENTOS QUE TOMA EL NIÑO (A).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESARROLLO DEL NIÑO.**

EMBARAZO N° \_\_\_\_\_ PLANEADO: \_\_\_\_\_ DESEADO: \_\_\_\_\_

AMENAZAS DE ABORTO: \_\_\_\_\_

ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

ENFERMADEDES DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

CAIDAS O GOLPES EN EL EMBARAZO: \_\_\_\_\_

PARTO: \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ MESES. NORMAL O CESAREA: \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE LO TUVO: \_\_\_\_\_

DURACION DE LOS DOLORES: \_\_\_\_\_

NACIO MORADO: \_\_\_\_\_ AMARILLO: \_\_\_\_\_ TUVO CAMBIOS DE SANGRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE RESPIRACION: \_\_\_\_\_

LE DIO PECHO? EXPLIQUE POR QUE: \_\_\_\_\_

USO CHUPETE: \_\_\_\_\_

**"SUEÑO"**

DEBE DORMIR TRANQUILO O INQUIETO: \_\_\_\_\_

TIPO DE SUEÑO ACTUAL: \_\_\_\_\_ HORAS DE SUEÑO: \_\_\_\_\_

PESADILLAS: \_\_\_\_\_ SONAMBULISMO: \_\_\_\_\_

TERRORES NOCTURNOS: \_\_\_\_\_

CON QUIEN DUERME EL NIÑO: \_\_\_\_\_

**"DESARROLLO PSICOMOTOR"**

A QUE EDAD SOSTUVO LA CABEZA: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD SE SENTO SIN APOYO: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD SE PARO: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD CAMINO: \_\_\_\_\_

CON QUE MANO ESCRIBE: \_\_\_\_\_

CON QUE PIE PATEA: \_\_\_\_\_

QUE OIDO UTILIZA PARA SECRETOS: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD DIJO PALABRAS: \_\_\_\_\_

A QUE EDAD HABLO COMPLETO: \_\_\_\_\_

TUVO PROBLEMAS PARA HABLAR: \_\_\_\_\_

SI LOS TUVO EXLIQUE CUALES: \_\_\_\_\_

**"ENFERMEDADES" (ANOTE EDADES)**

SARAMPION \_\_\_\_\_ PAPERAS \_\_\_\_\_ TOSFERINA \_\_\_\_\_ RUBEOLA \_\_\_\_\_

BAJO PESO \_\_\_\_\_ VARICELA \_\_\_\_\_ BRONQUITIS \_\_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_\_

ULCERA GASTRICA \_\_\_\_\_ AMIGDALITIS \_\_\_\_\_ DOLORES DE CABEZA \_\_\_\_\_

CONVULSIONES \_\_\_\_\_ PROBLEMAS DE AUDICION \_\_\_\_\_ PROBLEMAS VISUALES \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES, CUANTAS, EN QUE FECHAS, A QUE EDAD DEL NIÑO, PORQUE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CAIDAS O PERDIDAS DEL CONOCIMIENTO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**"HISTORIA ESCOLAR"**

FUE A GUARDERIA: \_\_\_\_\_ CUANTO TIEMPO: \_\_\_\_\_

HIZO KINDER: \_\_\_\_\_ COMO SE ADAPTO: \_\_\_\_\_

COMO SE ADAPTO A LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

HA REPETIDO GRADOS: \_\_\_\_\_ PORQUE Y CUALES? \_\_\_\_\_

LE HA COSTADO EL APRENDIZAJE: \_\_\_\_\_ EL DICTADO: \_\_\_\_\_ LA COPIA: \_\_\_\_\_

LLEVA CUADERNOS O TAREAS INCOMPLETAS: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

COMO SE LLEVA CON LOS NIÑOS? \_\_\_\_\_

COMO SE LLEVA CON LOS PROFESORES? \_\_\_\_\_

ACTITUD HACIA LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

LE GUSTA LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

¿COMO EVALUAN LOS PADRES EL PROBLEMA DEL NIÑO. AQUE CAUSA (S) LO ATRIBUYEN?

---

---

**"REPITENCIA"**

GRADO	K	1°	2°	3°	4°	5°	6°
N° DE VECES							

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

---

**"ATENCION SELECTIVA"**

	SI	NO
TIENE PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES CAPAZ DE RECONOCER SUS ERRORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIENE DIFICULTADES PARA ESCUCHAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUY INQUIETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOLESTA O PELEA CON OTROS NIÑOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**"CONDUCTAS"**

	SI	NO
DUERME CON SUS PADRES U OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE ORINA EN LA CAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LE CUESTA HACER AMIGOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES ORDENADO, ASEADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESENTA TEMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPECIFIQUE		

---

FIRMA DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**GERENCIA DE APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA CHAMELECON**

- Datos Generales
- Datos de Salud
- Excusa
- Cuadro de Disciplina de Consejería

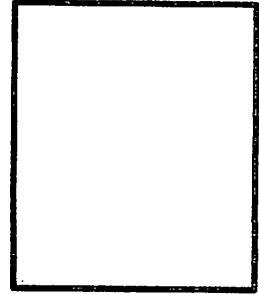


**Centro De Capacitación Técnica Chamelecón**  
 Col. San Isidro, contiguo al Cuerpo de Bomberos  
**SAN PEDRO SULA, HONDURAS**  
 Tel 2565-7813. E-mail tecnicochamelecón@yahoo.com  
 web tecnicochamelecón.jmdo.com



**FICHA DE MATRÍCULA ESTUDIANTIL**  
**AÑO 2017**

**I Datos Generales**



Nombre del Alumno (a) \_\_\_\_\_

Área de Estudio Solicitada \_\_\_\_\_

RNE \_\_\_\_\_ Año 1er ( ) 2do ( )

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

Nivel Académico \_\_\_\_\_

Domicilio Actual \_\_\_\_\_

Con Quien Vive \_\_\_\_\_

Que hace en el tiempo libre: \_\_\_\_\_

Pasatiempo favorito: \_\_\_\_\_

Lectura            Deporte            Baile            Otros

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Actividades Artísticas \_\_\_\_\_



## II Datos de Salud

Enfermedad que padece \_\_\_\_\_

Padece alguna alergia si ( ) no ( ) Cual? \_\_\_\_\_

Alguna vez ha, estado hospitalizado \_\_\_\_\_

Cuando \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Por qué? \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_

## Datos Del Padre o Encargado

Nombre completo de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre completo del Padre : \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_

Trabajan \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_

Identidad de la madre \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Identidad del padre \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Cel. Madre \_\_\_\_\_

Cel. Padre \_\_\_\_\_

Los dependientes viven con los padres si ( ) No ( )

Si contesta no porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DIRECTOR



**Centro De Capacitación Técnica Chamelecón**  
Col. San Isidro, contiguo al Cuerpo de Bomberos  
SAN PEDRO SULA, HONDURAS  
Tel. 2565-7813, E-mail: tecnicochamelecón@yahoo.com  
web: tecnicochamelecón.jimdo.com



*Formando Jóvenes Emprendedores!!*

### EXCUSA

San Pedro Sula, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Lic. Roger Manuel Castro

Director del instituto.

Cuidad: \_\_\_\_\_

Distinguido Lic. Castro:

Muy respetuosamente informo a usted que este día \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_ mi hijo (a) \_\_\_\_\_

Del área \_\_\_\_\_ no podrá asistir a clases por motivo

De: \_\_\_\_\_

Agradeciendo su atención a la presente excusa, y esperando su comprensión

A la misma.

Sin otro particular.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia  
O encargado



**Centro De Capacitación Técnica Chamelecón**  
Col. San Isidro, contiguo al Cuerpo de Bomberos  
SAN PEDRO SULA, HONDURAS  
Tel. 2565-7813, E-mail: tecnicochamelecón@yahoo.com  
web: tecnicochamelecón.jimdo.com



*Formando Jóvenes Emprendedores!!*

**CUADRO DE DISCIPLINA DE CONSEJERIA**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	AREA	FALTA COMETIDA	FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL CONSEJERO



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**GERENCIA DE APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

- Hoja de Inscripción
- Acta de compromiso transporte
- Remisión de casos por rendimiento académico y ausencias (Departamento de Orientación)
- Entrevista a padres de familia o encargado (Departamento de Orientación)
- Acta de compromiso escuela para padres.
- Acta de Compromiso práctica profesional productiva.
- Ficha Psicopedagógica (Departamento de Orientación)



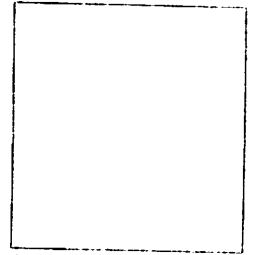
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA  
HONDURAS COREA**

SAN PEDRO SULA  
Obras, Gracia, Honestidad

Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo

**HOJA DE INSCRIPCION**

San Pedro Sula \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



**I. DATOS GENERALES:**

<b>NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):</b>

<b>AREA EN QUE SE MATRICULA:</b>	<b>JORNADA:</b>

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO				
DIA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

<b>NUMERO DE IDENTIDAD</b>	<b>EDAD</b>	<b>F</b>	<b>SEXO</b>	<b>M</b>

**II. DATOS FAMILIARES**

<b>VIVE CON SUS PADRES:</b>
<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE:</b>

<b>NOMBRE DEL PADRE</b>	<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>	<b>TEL. CASA O TRABAJO</b>
<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>	<b>TEL. CASA O TRABAJO</b>
<b>NOMBRE DEL ENCARGADO</b>	<b>PROFESIÓN U OFICIO</b>	<b>TEL. CASA O TRABAJO</b>

<b>CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :</b>	<b>TELÉFONO:</b>

**III. DATOS ESCOLARES**

<b>BECAS</b>
<b>COMPLETA</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA</b> <input type="checkbox"/> <b>AUTORIZADA POR:</b>

<b>ESTUDIOS REALIZADOS:</b>
<b>PRIMARIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>BÁSICA:</b> <input type="checkbox"/> <b>MEDIA:</b> <input type="checkbox"/> <b>SUPERIOR:</b> <input type="checkbox"/>

<b>ACTUALMENTE ESTUDIA:</b>
<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <b>ESPECIFIQUE :</b>

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (A)



CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo



DEPARTAMENTO DE ORIENTACION

## ACTA DE COMPROMISO TRANSPORTE

Yo, \_\_\_\_\_ Padre, Madre o Encargado del estudiante:  
\_\_\_\_\_ Del Área de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la Jornada: \_\_\_\_\_

Por medio de esta **ACTA DE COMPROMISO**, asumo toda responsabilidad y me comprometo a que mi hijo(a) cumpla con lo establecido.

1. Comportamiento correcto en la unidad de transporte, mostrando respeto y cortesía al Motorista, Personal Docente, Administrativo y demás compañeros.
2. Cumplir con los horarios de ruta.
3. No dañar la unidad de transporte.

Caso contrario, **ACEPTO** se deduzcan las responsabilidades del caso.

- a) Suspensión de uso de transporte de 3, 5, y 8 días según el caso.
- b) En casos graves o al reincidir, suspensión definitiva al uso del transporte.
- c) Pagar cualquier daño que ocasione a la unidad de transporte.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO

IDENTIDAD No. \_\_\_\_\_

No. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo



**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**

**REMISION DE CASOS POR RENDIMIENTO ACADEMICO Y AUSENCIAS**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Curso Y Sección: \_\_\_\_\_

Jornada: \_\_\_\_\_ Inasistencias \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CASO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
**Instructor Responsable**

**"LA EDUCACION NOS CAMBIA LA VIDA"**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo  
**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**  
**ENTREVISTA A PADRES DE FAMILIA O ENCARGADO**

**SAN PEDRO SULA**  
Ceras Orden  
Honestidad

**Nombre del Padre o Encargado:** \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre del Alumno:** \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Curso Y Sección: \_\_\_\_\_

Jornada: \_\_\_\_\_

MOTIVO:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ **Firma del Padre o Encargado**

\_\_\_\_\_ **Firma del Alumno**

\_\_\_\_\_ **Subdirectora**

\_\_\_\_\_ **Orientadora**

\_\_\_\_\_  
**Supervisor Estudiantil**





CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA  
Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo



DEPARTAMENTO DE ORIENTACION

## ACTA DE COMPROMISO ESCUELA PARA PADRES

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del estudiante: \_\_\_\_\_

Del Área de: \_\_\_\_\_

de la Jornada: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente me comprometo asistir a la **ESCUELA PARA PADRES**, Charla que se llevara a cabo el primer viernes de cada mes, a las ocho de la mañana como parte de mi responsabilidad en la educación de mi hijo e hija.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_

del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA PADRE DE FAMILIA O ENCARGADO

IDENTIDAD No. \_\_\_\_\_

No. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA HONDURAS COREA**

Nuestra enseñanza se basa en Aprender Haciendo



**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION**

**ACTA DE COMPROMISO  
PRACTICA PROFESIONAL PRODUCTIVA**

Yo, \_\_\_\_\_

Padre, Madre o Encargado del

Alumno: \_\_\_\_\_

Del Área de: \_\_\_\_\_

Me comprometo a GESTIONAR su práctica profesional productiva, cuando el joven tenga aprobado más del 50% de sus clases.

Por lo tanto exoneró a esta Institución del anterior requisito de graduación, para el año 2018.

Dado en la Ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PADRE O ENCARGADO



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA  
HONDURAS COREA**



**Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo**

**DEPARTAMENTO DE ORIENTACION  
FICHA PSICOPEDAGOGICA**



**DATOS PERSONALES**

Nombre del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Área en que se matricula: \_\_\_\_\_ Jornada \_\_\_\_\_  
Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Encargado: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Numero de hermanos(as): \_\_\_\_\_ Padre Y Madre viven juntos SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Nombre de personas con quien vive: \_\_\_\_\_  
En caso de Emergencia llamar al teléfono \_\_\_\_\_  
Con el SR O SRA. \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-ECONOMICOS: Marque con una X.**

Posición Económica: Pobre \_\_\_\_\_ Media \_\_\_\_\_ Acomodada \_\_\_\_\_

Vive en casa: Propia \_\_\_\_\_ Alquilada. \_\_\_\_\_

Recibe Ayuda Económica: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Especifique \_\_\_\_\_

**DATOS ESCOLARES:**

Escuela o Institución de donde procede \_\_\_\_\_



**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**GERENCIA DE APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS SOCIALES**  
**DIRECCION MUNICIPAL DE EDUCACION**



**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA SAMPEDRANO**

- Ficha Psicopedagógica
- Acta de Compromiso
- Acta de Compromiso Escuela para Padres
- Acta de Compromiso de lectura del reglamento interno
- Acta de compromiso de conducta
- Ficha de Cita a orientación para padres
- Acta de compromiso mayores de edad



**MUNICIPALIDAD DE SANPEDRO SULA**  
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA SAMPEDRANO**  
**FICHA PSICOPEDAGOGICA**

**FOTO**

<b>AREA:</b>	<b>FECHA</b>	<b>NOTA DE EXAMEN</b>

**1.-DATOS PERSONALES**

<b>PRIMER NOMBRE</b>	<b>SEGUNDO NOMBRE</b>	<b>PRIMER APELLIDO</b>	<b>SEGUNDO APELLIDO</b>	
<b>EDAD</b>	<b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>NUMERO DE IDENTIDAD</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>SEXO</b>
<b>CIUDAD</b>	<b>BARRIO</b>	<b>CALLE</b>	<b>AVENIDA</b>	<b>CASA#</b>
<b>DIRECCION DE TRABAJO</b>	<b>TEL:</b>	<b>TIPO DE SANGRE</b>		

**2.-DATOS FAMILIARES**

<b>NOMBRE DEL PADRE</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>VIVE EN LA MISMA CASA</b>
<b>DIRECCION DE TRABAJO</b>	<b>CELULAR</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>NOMBRE DE LA MADRE</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>VIVE EN LA MISMA CASA</b>
<b>DIRECCION DEL TRABAJO</b>	<b>CELULAR</b>	<b>TELEFONO</b>
<b>NUMERO DE HERMANOS MAYORES</b>	<b>NUMEROS DE HERMANOS MENORES</b>	
<b>NOMBRE DEL RESPONSABLE</b>	<b>PARENTESCO</b>	
<b>DIRECCION DE LA CASA</b>	<b>CEL:</b>	<b>TEL:</b>

**3.-ESCOLARIDAD**

<b>PRIMARIA</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>OTROS</b>
<b>SI ES OTROS, ESPECIFIQUE:</b>		

**4.-DATOS DE SALUD**

<b>PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>	
<b>PADECE DE ALGUNA ALERGIA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>	
<b>USA ALGUN MEDICAMENTO PERMANENTE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>	
<b>TIENE SEGURO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>	

**3.- EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>DIRECCION DE LA CASA</b>
<b>DIRECCION DEL TRABAJO:</b>	<b>CEL:</b>	<b>TEL:</b>

**6.- DOCUMENTOS ENTREGADOS:**

<b>DOCUMENTOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>PARTIDA DE NACIMIENTO/CEBULA</b>		
<b>CERTIFICADO O DIPLOMA</b>		
<b>TARJETA DE SALUD</b>		
<b>DOS FOTOGRAFIAS</b>		
<b>CALIFICACIONES DE 1 AÑO</b>		

Doy fe que toda la informacion aquí consignada es correcta y me comprometo a colaborar en la formacion del estudiante y apoyar al Centro en sus funciones.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o encargado**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

**MATRICULADO POR:** \_\_\_\_\_



**ACTA DE COMPROMISO**

YO, \_\_\_\_\_ PADRE, MADRE O ENCARGADO DEL

ALUMNO: \_\_\_\_\_ DEL AREA:  
\_\_\_\_\_

**Quedo totalmente informado y comprometido a:**

1. Buscar la práctica profesional en la empresa que crea conveniente a realizar.
2. Portar el cabello ordenado y recortado, sin adorno ni figuras, caso contrario se llevara al área de Belleza y se le recortara con la cuchilla número 1. **Art. 8 Inc.8. Falta leve.**
3. Uniforme completo: fecha máxima, día viernes 16 de Marzo de lo contrario se le aplicara el **Art. 8 Inc.4 Falta leve.**
4. El estudiante (a) no debe portar :
  - A) teléfono celular inteligente, únicamente teléfono sencillo.
  - B) Cadenas, pulseras, anillos, auriculares, armas, gorras y todo implemento que no sea parte de la formación educativa que el centro requiera. (De lo contrario va a ser decomisado y se entregara únicamente al encargado en un tiempo máximo de **una semana**). **Art. 8 Inc. 9. Falta leve.**

Todo lo mencionado en este documento es conforme a el Reglamento del Centro Técnico.

**Por lo tanto acepto lo leído en este documento y exonero a esta institución de responsabilidad de daños o robo de esto.**

Dado en la ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2018.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
# DE IDENTIDAD



**CENTRO DE CAPACITACIÓN TÉCNICO SAMPEDRANO**  
**MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO SULA**  
**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN**



**COMPROMISO ESCUELA PARA PADRES**

Yo \_\_\_\_\_ Con número de identidad -  
 \_\_\_\_\_ actuando en condición de Padre de Familia o Encargado del  
 estudiante (a): \_\_\_\_\_ matriculado en el área  
 de: \_\_\_\_\_.

**A. Me comprometo a asistir a 4 reuniones durante el año lectivo convocadas por parte del Depto. de Orientación para asistir a las charlas de "ESCUELA PARA PADRES", que son de carácter obligatorio.**

**Fechas a realizarse: (fechas sujetas a Cambio)**

1. Sábado 24 de febrero
2. Sábado 28 Abril
3. Sábado 7 Julio
4. Sábado 8 de Septiembre

**En caso de no asistir a una de las 4 charlas, se dará una reposición en la fecha:**

**PRIMER AÑO: SABADO 27 DE OCTUBRE**

**SEGUNDO AÑO: SABADO 22 SEPTIEMBRE**

- 1) De no cumplir con las 4 asistencias en las fechas estipuladas, el estudiante (a) de primer año no podrá ser matriculado en el segundo año del área técnica.
- 2) De no cumplir con las 4 asistencias en las fechas estipuladas, el estudiante (a) de segundo año no podrá realizar su práctica profesional y obtener su diploma hasta su próximo año, reponiendo sus 4 charlas (Escuela para Padres).

**B. Después de haber realizado la lectura, me comprometo a cumplir con las normas y reglas de este centro educativo, en caso de no aceptar lo antes dicho, no se podrá matricular en el centro educativo el estudiante.**

Firmo la presente, al momento de efectuar la matricula en la ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL RESPONSABLE





COMPROMISO DE LECTURA DEL REGLAMENTO INTERNO

Yo \_\_\_\_\_ Con número de identidad -  
\_\_\_\_\_ actuando en condición de Padre de Familia o Encargado del  
estudiante (a): \_\_\_\_\_ matriculado en el  
área de: \_\_\_\_\_.

**A) Me comprometo con el Centro con el fin de lograr un mejor proceso de enseñanza-aprendizaje.**

1. Pagar puntualmente las mensualidades.
2. Colaborar en las actividades recreativas y económicas en beneficio del área o del Centro.
3. Que mi hijo(a) mantenga una asistencia del 90% en cada módulo o parcial.
4. Colaborar y participar en proyectos de servicio social del área en que este matriculado.
5. Asistir a las clases complementarias que el centro estipule. (Computación, Matemáticas e inglés técnico).
6. Uniforme completo, caso contrario llamado de atención, cita al padre o encargado y las medidas correctivas que correspondan según se requiera.
7. Leer el reglamento interno con mis padres o encargados.
8. (BANCO) seguros proporciona número de cuenta a nombre de Interamericana de Seguros en BANCO \_\_\_\_\_ para que realice el depósito en cualquier ventanilla del Banco.

**B) En caso de no cumplir los incisos anteriores, el centro adquiere la potestad de separarlo inmediatamente del proceso de enseñanza.**

**C) Después de haber realizado la lectura reglamento estudiantil, me comprometo a cumplir con las normas y reglas de este centro educativo, de no aceptar lo antes dicho, no se podrá matricular en el centro educativo. (Este reglamento puede estar sujeto a cambio)**

Firmo la presente, al momento de efectuar la matrícula en la ciudad de San Pedro Sula, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ALUMNO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE



**ACTA DE COMPROMISO**

Reunidos en la oficina de Dirección con el comité de disciplina del Centro Técnico Sampedrano, hemos determinado lo siguiente; que el estudiante:

\_\_\_\_\_ del área de \_\_\_\_\_  
 encargado (a): \_\_\_\_\_. Se le aplicara la siguiente sanción.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

El estudiante y su encargado se compromete y acepta los términos que a continuación se detallan.

**Condicionamiento**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

En caso de no cumplir estas disposiciones mencionadas, dará lugar a aplicar el reglamento estudiantil según lo establecido, separándolo del proceso de estudio donde queda exonerado el CENTRO TECNICO SAMPEDRANO.

Dado el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2018

\_\_\_\_\_  
 Responsable                      Supervisor Estudiantil                      Instructor

\_\_\_\_\_  
 Depto. de orientación                      Sud- Dirección



**Municipalidad de San Pedro Sula  
Dirección Municipal de Educación  
Centro de Capacitación  
Técnico Sampedrano**



**Cita a Orientación para Padres**

Fecha: \_\_\_\_\_

Se Cita al Señor (a): \_\_\_\_\_.

Encargada del Estudiante: \_\_\_\_\_.

Del Área de: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_.

**Por los Sigüientes Motivo:**

**1. Para tratar asuntos varios. (IMPORTANTE SU PRESENCIA).**

Hora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

Le atenderá: \_\_\_\_\_.

NOTA: Queda entendido que su hijo(a) NO podrá asistir a clases normales mientras usted NO haga acto de presencial el día y la hora indicada

Firman de acuerdo:

\_\_\_\_\_  
Alumno

\_\_\_\_\_  
Orientadora

\_\_\_\_\_  
Instructor del área



**Municipalidad de San Pedro Sula  
Dirección Municipal de Educación  
Centro de Capacitación  
Técnico Sampedrano**

SAN PEDRO SULA

**ACTA DE COMPROMISO MAYORES DE EDAD**

Reunidos en la oficina de Dirección el Comité de Disciplina del Centro Técnico Sampedrano, hemos determinado apoyar al Joven: \_\_\_\_\_ por lo que a continuación expresa la Señor (a) o encargado (a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

YO: \_\_\_\_\_, Con número de identidad, \_\_\_\_\_ responsable del Joven: \_\_\_\_\_ me comprometo y acepto los términos que a continuación se detallan.

**Condicionamiento**

1. A cumplir con las normas y reglas establecidas en el Reglamento Estudiantil del Centro Técnico.
2. A respetar al Personal Docente, Administrativo y Estudiantil del Centro Técnico.
3. Se compromete a cumplir y aprobar el plan de estudio del área.
4. Cumplir con la asistencia de sus clases en un 100 % y si incurre en alguna inasistencia por cualquier motivo deberá respaldarla justificadamente por sus padres.
5. Si incurre en una falta de cualquier tipo ya sea **leve, grave, muy grave**, queda separado automáticamente del Centro Educativo.
6. A conseguir la Práctica Profesional al culminar su año lectivo.

En caso de no cumplir estas disposiciones anteriormente mencionadas y establecido en el reglamento estudiantil dará lugar a separarlo del proceso de estudio, quedando exonerado el CENTRO DE CAPACITACION TECNICO SAMPEDRANO.

Dado el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2018.

_____	_____	_____
Responsable	Supervisor Estudiantil	Instructor
_____	_____	_____
Depto. de Orientación	Coordinador de Talleres	Director CCT-S