

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, Guarderia 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 incribir al niño o niña en la Guarderia. 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 estimulacion temprana, charlas con diferntes temas de acuerdo a su edad, alimentacion con menu balanceado y Escuela para padres.	Edad de 4 meses a 6 años, partida de Nacimiento, Copia de tarjeta de vacunacion, exámenes de sangre, orina y heces, copia de cedula de los padres, 2 fotos tamaño carnet, constancia de trabajo de los padres, atencion 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 incribir 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. Eduacion 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 vacunacion, copia de identidad de los padres, atencion 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 mensualidad	<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 incricion/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. JORNADA NOCTURNA: 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 de Bomberos
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 Unidas
Progresando

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: _____ Caidas 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.

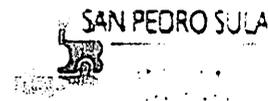
De esta forma dejo fuera de toda responsabilidad a esta institucion de cualquier situacion
que se presente fuera de sus instalaciones.

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

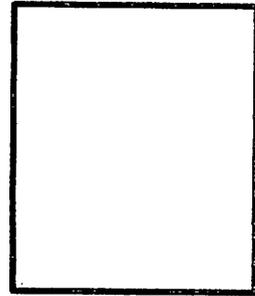


Centro De Capacitación Técnica Chamelecón
 Col. San Isidro, contiguo al Cuerpo de Bomberos
SAN PEDRO SULA, HONDURAS
 Tel 2565-7813. E-mail tecnicochamelecón@yahoo.com
 web tecnicochamelecón.jmdo.com



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



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)



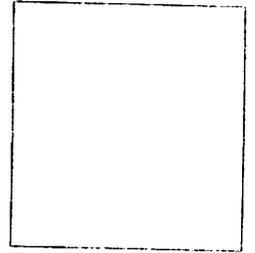
**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA
HONDURAS COREA**

SAN PEDRO SULA
Obras, Gracia, Honestidad

Nuestra enseñanza se basa en aprender haciendo

HOJA DE INSCRIPCION

San Pedro Sula _____/_____/_____



I. DATOS GENERALES:

NOMBRE COMPLETO DEL ALUMNO(A):

AREA EN QUE SE MATRICULA:

JORNADA:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO

DOMICILIO: _____

NUMERO DE IDENTIDAD

EDAD

F

SEXO

M

II. DATOS FAMILIARES

VIVE CON SUS PADRES:

SI NO ESPECIFIQUE:

NOMBRE DEL PADRE	PROFESIÓN U OFICIO	TEL. CASA O TRABAJO
NOMBRE DE LA MADRE	PROFESIÓN U OFICIO	TEL. CASA O TRABAJO
NOMBRE DEL ENCARGADO	PROFESIÓN U OFICIO	TEL. CASA O TRABAJO

CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A :

TELÉFONO:

III. DATOS ESCOLARES

BECAS

COMPLETA **MEDIA** **AUTORIZADA POR:**

ESTUDIOS REALIZADOS:

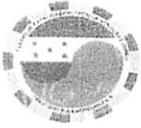
PRIMARIA: **BÁSICA:** **MEDIA:** **SUPERIOR:**

ACTUALMENTE ESTUDIA:

SI **NO** **ESPECIFIQUE :**

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

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 exonero 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

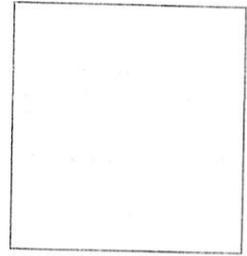


**CENTRO DE CAPACITACION TECNICA
HONDURAS COREA**



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

AREA:	FECHA	NOTA DE EXAMEN

1.-DATOS PERSONALES

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

2.-DATOS FAMILIARES

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

3.-ESCOLARIDAD

PRIMARIA	SECUNDARIA	OTROS
SI ES OTROS, ESPECIFIQUE:		

4.-DATOS DE SALUD

PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD	SI	NO	ESPECIFIQUE:	
PADECE DE ALGUNA ALERGIA	SI	NO	ESPECIFIQUE:	
USA ALGUN MEDICAMENTO PERMANENTE	SI	NO	ESPECIFIQUE:	
TIENE SEGURO	SI	NO	ESPECIFIQUE:	

3.- EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DIRECCION DE LA CASA
DIRECCION DEL TRABAJO:	CEL:	TEL:

6.- DOCUMENTOS ENTREGADOS:

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

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