



Pautas de funcionamiento del Proyecto Sala Psicomotricidad Infantil

La sala de Psicomotricidad funciona en el horario vespertino, brinda un espacio de juego y recreación a los hijos/as de los/as alumnos/as del Instituto Superior de Formación Docente N° 39 “Jean Piaget” por el Convenio realizado entre la Secretaría de Educación de la Municipalidad de Vicente López y dicho Instituto.

Este espacio está a cargo de docentes-psicomotricistas, que están acompañados por diferentes articulaciones municipales y provinciales de Educación, Salud, Cultura, Deportes, etc., desde el marco de la educación no formal.

Tiene como objetivo central apoyar y acompañar la elección de la formación docente de los/as alumnos/as del Instituto, a través del cuidado y atención de sus hijos/as durante la cursada.

En la sala de Psicomotricidad se les ofrece a los niños/as el desarrollo del juego y del jugar a través de las técnicas específicas de la práctica psicomotriz, habilitándolos a que gestionen de forma autónoma sus acciones de relación con los otros, consigo mismo, con los objetos y con el ambiente.

A través del dispositivo que se ofrece de “juego corporal y grupal”, se prioriza el desarrollo integral del niño/a; la generación de la intencionalidad del propio accionar; el reconocimiento, organización y disfrute del propio mundo emocional, buscando gestionar actos con sentido, en el marco de interjuego con los niños y adultos psicomotricistas.

Requisitos para la participación

- Ser alumno/a regular del Instituto y cursar en el momento (los/as niños/as sólo asisten los días que cursan sus madres/padres/tutor/a). Actualizado cada cuatrimestre
- Edades comprendidas de los/as niños/as: desde los 2 años hasta los 6 años.
- El horario de ingreso es a partir de las 18:30 hs y el de egreso a las 22:30 hs. Se solicita respetarlos.



- Solicitamos dejar el celular abierto para comunicarnos en cualquier momento del horario. En el caso de llamarlos por alguna urgencia, debido a que su hijo/a no se encuentre en condiciones de continuar en el espacio, deberá ser retirado del ambiente por el beneficio del propio niño/a y el de los demás.
- Es requisito indispensable dejar otro teléfono para urgencias.
- Es requisito completar la ficha de salud, realizar la entrevista individual y contar con el certificado de alumno/a regular
- Se solicita brindar la información de algún tratamiento prolongado u ocasional que el niño/a esté recibiendo u otro dato relevante que las madres/padres/tutor/a consideren de interés transmitir. En el caso de que el niño/a se encuentre tomando alguna medicación, la misma deberá ser administrada por algún familiar.
- Se realiza una colación compartida de 20:00 a 20.30 hs. para ello se les solicita a las familias enviar algún alimento (frutas, cereales, galletitas, etc.) para consumir en dicho momento. Desde la sala se les ofrecerá té, mate cocido o agua.
- Se les solicita a las familias que cuenten con una muda de ropa ante cualquier imprevisto.
- Es objetivo del proyecto el intercambio con el ISFD N°39, que los/as alumnos/as del Instituto puedan realizar encuentros lúdicos y recreativos con los/as niños/as, en el marco pedagógico de su formación docente. Esto implicará la presencia ocasional de los estudiantes del profesorado, debidamente autorizados que participarán trayendo nuevas propuestas didácticas.
- Desde la sala de psicomotricidad se acompaña a los estudiantes en su trayectoria pedagógica, priorizando el bienestar del niño/a. En el caso de ser necesario, se podrán realizar ajustes en relación a la permanencia en el espacio.

Cualquier modificación de algún/os de los dato/s brindado/s, debe de ser informado a la brevedad.

Firmo en conformidad,

Apellido y nombre del niño/a:

Fecha:

Apellido y nombre de la madre/padre/tutor/a:

DNI:

Firma:



Ficha de Inscripción a Sala de Psicomotricidad

Datos del niño/a

Apellido y Nombre	
DNI	
Edad (entre 2 y 6 años)	
Fecha de Nacimiento	
Consideraciones	

Datos de la madre/padre/tutor/a

Apellido y Nombre	
DNI	
Edad	
Carrera y Año	
Celular	
Teléfono Alternativo	

Marque los días y horarios en el cual el niño/a permanecerá en la SP

(madre/padre/tutor/a debe estar cursando en sede)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1° Bloque					
2° Bloque					

Firma de la madre/padre/tutor/a:



Informe de Salud

Datos del niño/a

Apellido y Nombre	
DNI	

Antecedentes

El niño/a

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SI ¿Cuál?

¿Se encuentra medicado?

NO SI Medicamento

¿Durante los tres últimos años fue internado alguna vez?

NO SI ¿Por qué?

¿Tiene algún tipo de alergia? NO SI

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

.....
.....

La alergia se debe a

¿Recibe tratamiento permanente?

NO SI Medicamento

Tratamientos

El niño/a

¿Recibe tratamiento médico?

NO SI Especifique

¿Quirúrgicos?

NO SI Edad: Tipo de cirugía

¿Presenta alguna limitación física?



NO SI Aclaración Especifique

¿Otros problemas de salud?

.....

Otros

¿Usa pañales? NO SI

¿Va al baño solo? NO SI

Vacunas

Vacunas	Cantidad de Dosis	LSMI	Otras Certificaciones
SABIN			
BCG			
ANTIHEMOPHILUS			
TRIPLE BACT. (DPT)			
TRIPLE VIRAL (SRP)			
COVID			
OTRAS			



Alternativa en caso de urgencia

Si el niño tiene algún problema de salud

En caso de ser necesario el traslado

Institución

Dirección

Teléfono

Avisar a familiar

Nombre y Apellido

Dirección

Teléfono

Apellido y nombre de la madre, padre o tutor/a

DNI

Firma