

## HISTORIA PERSONAL. EDUCACIÓN INFANTIL.

Apellido 1	Apellido 2	Nombre

Sexo: niña / niño	Curso Escolar	Tutor/a

### DATOS DE NACIMIENTO

Fecha	País	Nacionalidad	Lugar de nacimiento

Idiomas que se hablan en casa			

### DATOS CONTACTO

Dirección	Nº	Escalera	Piso	Puerta

País	Localidad	Código Postal

Teléfono madre	Teléfono padre	Teléfono otros	Teléfono otros

### DATOS FAMILIARES

#### MADRE / TUTORA LEGAL

Apellido1	Apellido 2	Nombre	Fecha de Nacimiento

Lugar de nacimiento	Profesión / Estudios	Estado civil	Correo Electrónico

Situación laboral	Lugar de trabajo (en caso afirmativo)

#### PADRE / TUTOR LEGAL

Apellido1	Apellido 2	Nombre	Fecha de Nacimiento

Lugar de nacimiento	Profesión / Estudios	Estado civil	Correo Electrónico

Situación laboral	Lugar de trabajo (en caso afirmativo)

**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES (Marcar las casillas cuando proceda)**

No convivencia por motivos de separación, divorcio o situación análoga.	
¿Existe limitación de la patria potestad de alguno de los progenitores?	
Adjunta documentación (Especificar SI/ NO)	
Casados	
Unión de hecho	
Viudo/a	
Otros	

**PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL ALUMNO EN CASA (marcar aquellas que se produzcan)**

Madre y Padre	
Madre	
Padre	
Abuelos	
Tíos	
Otros	

Situaciones que hayan podido afectar a su hijo/a (Separaciones, enfermedades, muertes, cambios de vivienda, cambios de país, etc.)

Guardería / Colegio de Procedencia	Dirección	Teléfono

**HERMANOS/AS**

Nº de hermanos/as	
Lugar que ocupa entre ellos/as	
Edades de los hermanos/as	
Cuántos hermanos/as acuden a este centro	
Nivel o curso en el que estudian los hermanos/as	

Lengua/s que se habla en casa con el alumno/a

Responsable en caso de ausencia de los padres	Teléfono del responsable

## ASPECTOS SANITARIOS

### EMBARAZO

Complicaciones en el proceso de embarazo	Duración	Estado al nacer	Incubadora (si-no)

### ENFERMEDADES

Graves o significativas	¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuánto tiempo	Enfermedades más repetidas	Operaciones

Visión (Bien- mal)	Audición (Bien-mal)	Alergias	Prótesis (audífonos, plantillas, corsé...)

Está vacunado (Si-no)

## HÁBITOS

### HIGIENE

Controla esfínteres y/o defecación (si-no)	Diurno / Nocturno	Es autónomo/a para ir al baño (si-no)	Observaciones

### SUEÑO

Hora a la que se acuesta	
Horas que duerme	
Duerme con facilidad (si-no)	
Tipo de sueño: Tranquilo, agitado, terrores nocturnos, pesadillas.	
Comparte habitación (si-no)	
Con quién comparte habitación	
Lleva chupete en algún momento (especificar)	

### ALIMENTACIÓN

Sólido (si-no)	
Triturado (si-no)	
Come solo (si-no)	
Utiliza cubiertos: cuchara, tenedor. (si-no)	
Tiene buen apetito (si-no)	
Come de todo (si-no)	
Alimentos que prefiere	
Alimentos que rechaza	
Problemas de: Masticación, deglución, digestión, otros.	
Observaciones	

### AUTONOMÍA AL REALIZAR DIFERENTES ACCIONES

Vestirse: solo/con ayuda	Desnudarse: solo/con ayuda	Higiene personal (lavarse las manos, ducharse...): solo/con ayuda	Ordenar sus cosas: solo/con ayuda

Observaciones

## DATOS PSICOMOTORES

Edad a la que empezó a andar	Gateó antes de andar (si-no)	Parte dominante del cuerpo: derecha/ izquierda /las dos.	Problemas motores

## DATOS LINGÜÍSTICOS

Edad a la que empezó a pronunciar las primeras palabras	
Se le entiende cuando habla (si-no)	
Alteraciones del lenguaje que se hayan observado	
Lenguaje en el que se apoya más: oral o gestual	
Se le habla con lenguaje adulto o con expresiones infantiles características de los niños	
Habla mucho (si-no)	
Entiende y/o realiza órdenes sencillas (si-no)	
Idioma en el que se expresa el niño/a	

## RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

¿Se entretiene solo o busca la presencia de otros?	
Compañeros de juego habituales	
Le gusta jugar con otros niños/as (si-no)	
Niños/as con los que prefiere jugar: Mayores / Iguales / Menores	
Tipo de relación con otros niños/as: Sumiso / Asertivo / Dominante	
Juguetes preferidos	
Juegos preferidos	
Comportamiento en casa	
Tiene la posibilidad de disfrutar de espacios exteriores: Jardines, parques, etc. (si-no)	
Frecuencia con la que juega al aire libre	
Horas que pasa frente a la televisión al día	
Programas que ve de televisión	
Personas con las que ve la televisión	

## RELACIONES PERSONALES

### CÓMO SON SUS RELACIONES PERSONALES

Con los padres	
Con sus hermanos	
Con otros adultos conocidos	
Con otros niños/as	
Con otras personas desconocidas	

*(Tipos: cariñoso, obediente, agresivo, tímido, llorón, desafiante, caprichoso, exigente, curioso, creativo, respetuoso, distraído, desobediente, activo, pasivo, extrovertido, introvertido, sensible, miedoso, líder...)*

Tiene dependencia de los padres	
Tiempo que dispone la familia para estar juntos cada semana	
Persona que dedica más tiempo al niño/a	
Responsabilidades del niño/a en casa (si las tiene)	
Forma de eliminar las conductas problemáticas (rabietas, enfados...)	
Forma de potenciar los logros	
Aspectos fundamentales de la educación del niño/a en los que están de acuerdo los padres.	

## HISTORIAL ACADÉMICO DE GUARDERÍA

EDAD (en años y meses)	CENTRO / AÑO NATURAL	ADAPTACIÓN (Buena, regular, sin conseguir)

Relación que tenía con sus compañeros/as (cómo se llevaba con ellos/as)

Observaciones que han realizado los docentes del niño/a

En Elche, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

Firma de la madre/tutora legal

Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_