

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
