

El siguiente cuestionario pretende recoger datos del niño/a con el fin de conocerle mejor, poder contribuir a desarrollar su personalidad y su autonomía y sobre todo, a ayudarle en estos primeros días de escolarización. Por ello, rogamos la máxima sinceridad, ya que, dichos datos serán absolutamente confidenciales y sólo serán utilizados profesionalmente.

1.- DATOS DEL ALUMNO/A.  NOMBRE Y APELLIDOS:

\_\_\_\_\_

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

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

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

TELÉFONOS: \_\_\_\_\_

2.- DATOS FAMILIARES.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTUDIOS: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_

¿LOS PADRES VIVEN JUNTOS? \_\_\_\_\_

¿TIENE HERMANOS/AS? \_\_\_\_\_ ¿QUÉ LUGAR OCUPA ENTRE ELLOS? \_\_\_\_\_

NOMBRE Y EDAD DE LOS HERMANOS/AS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ALGUNO DE ELLOS ACUDE AL CENTRO? \_\_\_\_\_

3.- SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO/A.

¿HA PADECIDO EL NIÑO/A ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO? \_\_\_\_\_

¿EXISTEN PROBLEMAS VISUALES, AUDITIVOS, DIGESTIVOS, MOTRICES,...? (EN CASO AFIRMATIVO, PRESENTE LOS PERTINENTES DOCUMENTOS AL ENTREGAR LA MATRÍCULA DE ESCOLARIZACIÓN).

\_\_\_\_\_

¿PRESENTA EL NIÑO/A ALGUNA INTOLERANCIA Y/O ALERGIA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A QUÉ EDAD APRENDIÓ A CAMINAR? \_\_\_\_\_ ¿Y A HABLAR? \_\_\_\_\_

¿SE LE ENTIENDE CUANDO HABLA? \_\_\_\_\_

¿QUÉ UTILIZA PRINCIPALMENTE PARA COMUNICARSE: MONOSÍLABOS, PALABRAS, FRASES,...?

\_\_\_\_\_

¿CONTROLA ESFÍNTERES? \_\_\_\_\_ ¿DESDE CUÁNDO? \_\_\_\_\_

¿TIENE MIEDOS? \_\_\_\_\_ ¿DE ALGO EN PARTICULAR? \_\_\_\_\_

#### 4.- HÁBITOS.

¿PRESENTA ALGÚN PROBLEMA CON LA COMIDA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿COME SOLO? \_\_\_\_\_

¿PRESENTA ALGUNA ALERGIA O INTOLERANCIA A ALGÚN ALIMENTO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CUÁNTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE? \_\_\_\_\_ ¿DUERME SIESTA? \_\_\_\_\_

SEÑALE CÓMO DUERME: SOLO ACOMPAÑADO CON ALGÚN OBJETO

¿USA CHUPETE? \_\_\_\_\_ ¿TOMA BIBERÓN? \_\_\_\_\_

¿USA PAÑALES? \_\_\_\_\_ SEÑALE CUÁNDO: SIEMPRE SÓLO DE NOCHE

SEÑALE LAS ACTIVIDADES PARA LAS QUE SU HIJO/A NECESITA AYUDA:

PONERSE PRENDAS QUITARSE PRENDAS COMER LIMPIARSE LA NARIZ IR AL BAÑO

## 5.- VIDA SOCIAL.

¿CUÁLES SON SUS JUGUETES U OBJETOS PREFERIDOS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿LE GUSTAN LOS CUENTOS? \_\_\_\_\_

¿LE GUSTA RELACIONARSE CON LOS ADULTOS? \_\_\_\_\_

¿LE GUSTA RELACIONARSE CON OTROS NIÑOS/AS? \_\_\_\_\_

## 6.- PERSONALIDAD DEL NIÑO/A.

SEÑALE LAS PALABRAS MÁS ADECUADAS PARA DEFINIR EL CARÁCTER DEL NIÑO/A:

ALEGRE	TRISTE	INQUIETO	SEGURO	INSEGURO	TRANQUILO	ACTIVO
AGRESIVO	ABIERTO	DECIDIDO	CAPRICHOSE	PASIVO		

AÑADA ALGUNA CARACTERÍSTICA MÁS SI LO ESTIMA OPORTUNO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿LLORA CON FRECUENCIA? \_\_\_\_\_ ¿POR QUÉ MOTIVOS? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE RABIETAS? \_\_\_\_\_ ¿CUÁL ES EL MOTIVO MÁS FRECUENTE? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CÓMO CREEN QUE VIVIRÁ EL NIÑO/A SU ENTRADA AL COLEGIO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7.- OTROS DATOS DE INTERÉS.

¿HA ASISTIDO A ESCUELA INFANTIL O GUARDERÍA? \_\_\_\_\_

¿CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_ SI LO DESEAN, EXPONGAN A CONTINUACIÓN AQUELLAS  
OBSERVACIONES O INDICACIONES QUE CREEN NOS PUEDEN AYUDAR A CONOCER MEJOR A SU HIJO/A.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR.