

## DATOS INICIALES DE LOS ALUMNOS DE EDUCACIÓN INFANTIL

### 1.- DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_

En casa lo llaman: \_\_\_\_\_

Fecha Nac: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Teléfono 3: \_\_\_\_\_

### 2.- DATOS FAMILIARES

Padre Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Madre Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Horario de trabajo: \_\_\_\_\_

Hermanos: Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en el hogar familiar: \_\_\_\_\_

Vive con su padre y su madre \_\_\_\_\_; Vive con su padre \_\_\_\_\_; Vive con su madre \_\_\_\_\_

### 3.- DATOS MÉDICOS

¿Recibe alguna atención médica especial? \_\_\_\_\_

---

¿Tiene algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

Indicaciones y recomendaciones significativas del médico \_\_\_\_\_

---

#### 4.- DESARROLLO DEL NIÑO

- ¿Existen problemas visuales, auditivos, motrices.....? \_\_\_\_\_
- ¿A qué edad aprendió a caminar? \_\_\_\_\_ ¿Y a hablar? \_\_\_\_\_ ¿Se le entiende lo que dice? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza los gestos para hacerse entender? \_\_\_\_\_
- Personas que no están en contacto con él lo entenderían? \_\_\_\_\_
- ¿Controla el pipí y la caca? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Lleva pañales por la noche? \_\_\_\_\_ ¿Se limpia solo? \_\_\_\_\_
- ¿Descansa bien por la noche? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene miedos? \_\_\_\_\_ ¿De algo en particular? \_\_\_\_\_
- ¿Dónde y con quién juega? \_\_\_\_\_

#### 5.- PERSONALIDAD DEL NIÑO

Señale las palabras más adecuadas para definir el carácter de su hijo/a:

- alegre \_\_\_\_\_ triste \_\_\_\_\_ inquieto \_\_\_\_\_ seguro \_\_\_\_\_
- tranquilo \_\_\_\_\_ activo \_\_\_\_\_ inseguro \_\_\_\_\_ agresivo \_\_\_\_\_
- caprichoso \_\_\_\_\_ abierto \_\_\_\_\_ decidido \_\_\_\_\_ pasivo \_\_\_\_\_

- ¿Llora con frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene rabietas? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el motivo más frecuente? \_\_\_\_\_
- ¿Qué actividades de gustan?
- Mirar cuentos \_\_\_\_\_ ver la tele \_\_\_\_\_ escuchar música \_\_\_\_\_ dibujar \_\_\_\_\_
- Jugar solo \_\_\_\_\_ Jugar con otros niños \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

#### 6.- ASISTENCIA A OTROS CENTROS

- ¿Ha ido a la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia? (regular, irregular) \_\_\_\_\_ ¿Se encontraba a gusto? \_\_\_\_\_

#### 7.- OBSERVACIONES

---

---

---

---