

El siguiente cuestionario pretende recoger datos del niño/a con el fin de conocerle mejor y poder ayudarle a desarrollar su personalidad y su autonomía. Los datos de este cuestionario serán utilizados sólo profesionalmente. Este cuestionario deberán rellenarlo y entregarlo junto con la matrícula del alumno/a.

### **1. DATOS DEL ALUMNO/A:**

NOMBRE:

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

Nº TELÉFONO:

MÓVIL DEL PADRE:

MÓVIL DE LA MADRE:

### **2. DATOS FAMILIARES:**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

EDAD:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

EDAD:

ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

NOMBRE Y EDAD DE LOS HERMANOS/AS:

\*

\*

¿QUÉ LUGAR OCUPA ENTRE ELLOS?

¿TIENE CELOS?

¿ALGUNO DE ELLOS ACUDE AL CENTRO?

¿VIVE ALGUNA OTRA PERSONA EN EL DOMICILIO FAMILIAR?

¿EXISTE ALGUNA CIRCUNSTANCIA ESPECIAL EN LA FAMILIA QUE PUEDA INFLUIR EN EL NIÑO/A?  
(separación, enfermedad, adopción,...)

### **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,...?

¿PRESENTA EL NIÑO/A ALGUNA ALERGIA? DETALLAR AL MÁXIMO

¿A QUÉ EDAD APRENDIÓ A CAMINAR?

¿A QUÉ EDAD APRENDIÓ A HABLAR?

#### **CONTROL DE ESFÍNTERES**

¿CONTROLA ESFÍNTERES? ¿DESDE CUÁNDO?

¿HACE PIS EN EL WATER O EN EL ORINAL?

¿POR LA NOCHE NECESITA PAÑAL?

¿MUESTRA AUTONOMÍA AL IR AL BAÑO?

### **ALIMENTACIÓN**

¿PRESENTA ALGÚN PROBLEMA CON LA COMIDA? INDICAR CUÁLES

¿CÓME SÓLO?

### **DESCANSO**

¿CUÁNTAS HORAS DUERME POR LA NOCHE?

¿DUERME SÓLO O ACOMPAÑADO POR ALGUIEN (DE QUIÉN)?

#### **4. HÁBITOS Y AUTONOMÍA DEL ALUMNO/A:**

SEÑALE ACTIVIDADES PARA LAS QUE SU HIJO/A NECESITA AYUDA: vestirse, lavarse, comer, calzarse, ir al baño,...

¿TIENE MIEDOS? ¿DE ALGO EN PARTICULAR?

#### **5. PERSONALIDAD DEL NIÑO/A:**

DEFINA: EL CARÁCTER DE SU HIJO/A CON TRES PALABRAS:

¿LLORA CON FRECUENCIA? ¿POR QUÉ MOTIVOS?

¿TIENE RABIETAS?

¿CUÁL ES EL MOTIVO MÁS FRECUENTE?

¿CÓMO ACTÚA FRENTE A ESAS RABIETAS?

¿ES ORDENADO CON SUS JUGUETES? EN CASO DE NO ORDENAR, ¿CÓMO ACTÚA?

¿QUÉ ACTIVIDADES LE GUSTAN?

#### **6. COMPORTAMIENTO AFECTIVO-SOCIAL:**

¿DÓNDE Y CON QUIÉN JUEGA?

¿FUERA DEL HORARIO ESCOLAR EL NIÑO ESTÁ PRINCIPALMENTE CON EL PADRE, MADRE, ABUELOS, OTRAS PERSONAS, ...?

¿LE GUSTA QUE SUS PADRES PARTICIPEN EN SUS JUEGOS O ES INDEPENDIENTE?

¿SE RELACIONA SIN PROBLEMAS CON OTROS ADULTOS?

¿CÓMO SE RELACIONA CON SUS HERMANOS? (celos, ...)

¿CÓMO SE RELACIONA CON OTROS NIÑOS DE SU EDAD EN EL PARQUE, CALLE, ...?

OTROS DATOS DE INTERÉS

¿HA ASISTIDO A ESCUELA INFANTIL O GUARDERÍA? EN CASO AFIRMATIVO, A CUAL Y DURANTE CUÁNTO TIEMPO.

¿UTILIZARÁ EL SERVICIO DE COMEDOR?

¿UTILIZARÁ EL SERVICIO AMPLIADO POR LA MAÑANA?

¿QUIÉN LO TRAERÁ Y LO RECOGERÁ HABITUALMENTE?

¿RECIBIRÁ SU HIJO RELIGIÓN CATÓLICA?

**7. OTRAS CUESTIONES:**

¿CÓMO SUELE PREMIAR A SU HIJO?

¿QUÉ POSTURA ADOPTAN ANTE LAS GOLOSINAS Y PEQUEÑOS CAPRICHOS?

¿TIEMPO QUE DEDICA ANTE LA TELEVISIÓN, TABLET, MÓVIL,...?

¿EN QUÉ MOMENTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA SE UTILIZAN LAS DISTINTAS PANTALLAS?

SI DESEA HACER ALGUNAS INDICACIONES U OBSERVACIONES QUE NOS AYUDEN A CONOCER MEJOR A SU HIJO/A EXPÓNGALAS A CONTINUACIÓN

¿QUÉ EXPECTATIVAS TIENEN PARA ESTE CURSO Y PARA LA ETAPA DE EDUCACIÓN INFANTIL?