



Consejería de Educación y Ciencia
 C.E.I.P. Ciudad de Nara (43005) Toleza
 Avda de Francia nº 8
 Telf: 925 257 966 Fax: 925 211 330
 E-mail: 45004313.ceip@edu.jccm.es

CUESTIONARIO INICIAL

El presente cuestionario, de carácter voluntario, pretende recoger datos de su hijo/a a fin de conocerle mejor y poder así ayudarle en su actividad escolar. Los datos de este cuestionario serán utilizados sólo profesionalmente, asegurándoles la total discreción por nuestra parte.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA

Apellidos:
 Nombre: ¿Cómo le llaman en casa?
 Fecha de nacimiento: Lugar:
 Provincia: País: Nacionalidad:
 Dirección:
 Localidad: C.P.:
 Provincia: Teléfono:

DATOS FAMILIARES

PADRE / TUTOR LEGAL:

Nombre y apellidos:
 Profesión / Situación laboral:
 Teléfono móvil: Teléfono trabajo:

MADRE/TUTORA LEGAL:

Nombre y apellidos:
 Profesión / Situación laboral:
 Teléfono móvil: Teléfono trabajo:

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES SIGNIFICATIVAS

(Familia monoparental, padres separados, fallecimientos...)

En alguno de estos casos, el niño/a vive con:

¿Viven otros familiares en casa?

¿Hay algún problema de salud significativo en la familia?

HERMANOS:

Nombre: Edad:
 Edad:
 Edad:

ESCOLARIZACIÓN

¿Es la primera vez que acude a la escuela?

¿Desde qué edad ha estado escolarizado? ¿Se adaptó bien?

Nombre del Centro:

DATOS FÍSICOS Y DE SALUD

Problemas en el embarazo o parto:
 Estado general de salud: Vacunaciones:
 Alergias:

Problemas de visión o audición:

¿Padece alguna enfermedad? En caso afirmativo, cuál:

.....

¿Lleva algún tratamiento médico? ¿Cuál?

.....

¿Hay alguna recomendación significativa del médico?

.....

Otros aspectos significativos (operaciones, ingresos hospitalarios...):

.....

MOVIMIENTO

¿A qué edad comenzó a caminar?

¿Controla la marcha y la parada?

¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?

Describe lo:

LENGUAJE

¿A qué edad comenzó a emitir sonidos?

¿Cuándo comenzó a hablar?

¿Se entienden sus expresiones?

¿Utiliza mucho el gesto?

¿Tiene algún problema de expresión oral? Describe lo:

CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Controla los esfínteres? Desde cuándo?

¿Lo pide o hay que recordárselo?

¿Controla esfínteres de día?

¿Controla esfínteres de noche?

SUEÑO

¿Cómo duerme su hijo/hija? (Rodee lo que proceda)

Tranquilo - Intranquilo

Solo - con alguien

Con algún objeto que le gusta

¿A qué hora se acuesta? ¿A qué hora se levanta?

¿Duerme en cama o en cuna? ¿Necesita luz?

¿Se despierta por la noche? ¿Tiene miedo?

¿Cuánto tiempo ve la televisión diariamente?

ALIMENTACIÓN E HIGIENE

¿En qué consiste su desayuno?

¿Toma una alimentación variada? ¿Cuántas comidas hace al día?

¿Come solo/sola? ¿Hay que estimularle para que coma?

Alergias a alimentos:

Alimentos que rechaza:

¿Utiliza biberón? ¿Utiliza chupete?

AUTONOMÍA Y PERSONALIDAD

¿Necesita ayuda para vestirse, calzarse, comer, lavarse?

¿Sale solo a jugar? ¿Tiene miedos? ¿De algo en particular?

¿Juega con amigos en casa? ¿Fuera de casa? ¿Con quién?

¿Con quién pasa la mayoría del tiempo?

¿Qué mano utiliza preferentemente?

¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a? (Rodee lo que proceda)

Alegre - triste Decidido - Tímido Inseguro - Seguro Activo - Pasivo

¿Qué otros aspectos de su personalidad destacaría?

