



Castilla-La Mancha

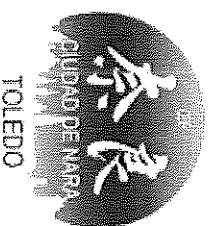


CENTRO
BILINGÜE
PROFESOR BERNARDO
RODRÍGUEZ



STEAM
REFERENCE
SCHOOL

aula del
futuro



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: CP:
Provincia: Teléfono:

DATOS FAMILIARES

PADRE/TUTOR LEGAL:
Nombre y apellidos:
Profesión/Situación laboral:
Teléfono móvil: Teléfono trabajo:
MADRE/TUTORA LEGAR:
Nombre y apellidos:
Profesión/Situación laboral:
Teléfono móvil: Teléfono trabajo:

CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES SIGNIFICATIVAS

(Familia monoparental, padres separados, fallecimiento...)
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 al colegio?
¿Desde qué edad ha estado escolarizado?
¿Se adaptó bien?
Nombre del centro:

DATOS FÍSICOS Y DE SALUD

Problemas en el embarazo o parto: Vacunaciones:
Estado general de salud:
Alergias:
Problemas de visión o audición:
¿Padece alguna enfermedad? En caso afirmativo,
cuál:
¿Hay alguna recomendación significativa del médico?
Otros aspectos significativos (operaciones, ingresos hospitalarios, etc...):
.....

MOVIMIENTO

- ¿A qué edad comenzó a caminar?.....
¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?.....
Describalo:.....

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?.....
Describalo:.....
¿Qué lengua (idioma) se habla en casa?.....

CONTROL DE ESFÍNTERES

- ¿Controla esfínteres de día?.....
¿Controla esfínteres de noche?.....
¿Desde cuándo?.....
¿Lo pide o hay que recordárselo?.....

SUEÑO

- ¿Cómo duerme su hijo/a? Rodee lo que proceda:
Tranquilo- intranquilo
Solo- con alguien
Con algún objeto que le gusta

ALIMENTACIÓN E HIGIENE

- ¿A qué hora se acuesta?..... ¿A qué hora se levanta?.....
¿Se despierta por la noche?..... ¿Tiene miedo?.....
¿Cuánto tiempo ve la televisión diariamente?.....
¿En qué consiste su desayuno?..... ¿Cuántas comidas hace al día?.....
¿Toma una alimentación variada?..... ¿Hay que estimularle para que coma?.....
Alergias a alimentos:.....
¿Utiliza biberón?..... ¿Utiliza chupete?.....

AUTONOMÍA Y PERSONALIDAD

- ¿Necesita ayuda para vestirse, calzarse, comer, lavarse?.....
¿Tiene miedos?..... ¿De algo en particular?.....
¿Juega con amigos en casa?..... ¿Fuera de casa?.....
¿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?.....
.....