

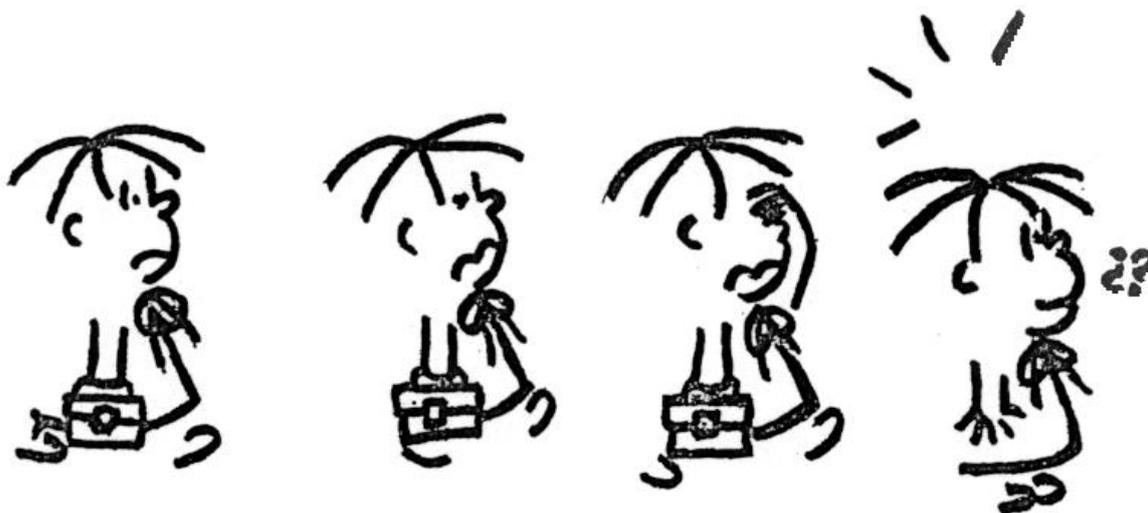


Junta de
Castilla y León

Consejería de Educación



C.E.I.P. P. TIERNO GALVÁN



CUESTIONARIO DE EDUCACIÓN INFANTIL

Curso 20__ - 20__

ALUMNO/A: _____

TUTORA:

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ de _____ de 2024

HORARIO:

DATOS PERSONALES DEL NIÑO O DE LA NIÑA:

NOMBRES Y APELLIDOS _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar _____

Provincia _____ Nacionalidad _____ DNI (si tiene) _____

Dirección familiar C/ _____ N° _____ Piso/Letra _____

TELÉFONOS:

1º Teléfono de urgencia _____

Preguntar por _____ Lugar _____

2º Teléfono de urgencia _____

Preguntar por _____ Lugar _____

3º Teléfono de urgencia _____

Preguntar por _____ Lugar _____

Número de afiliación a la Seguridad Social u otro _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Padre _____ Edad _____ Profesión _____

Madre _____ Edad _____ Profesión _____

Representante legal (En su caso) _____

Profesión _____ Edad _____

Número de hermanos/as _____ lugar que ocupa entre ellos/as _____

Otras personas que conviven en su casa con el niño/la niña _____

Lengua o lenguas que se hablan en familia _____

SALUD Y DATOS MÉDICOS:

Dificultades en el embarazo y/o parto que puedan haber afectado al niño/a _____

Intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones _____

¿Ha recibido estimulación o tratamiento individualizado? _____

¿Cuál? _____

¿Por qué? _____

Enfermedades que ha tenido _____

Datos médico o antecedentes familiares para tener en cuenta _____

ALIMENTACIÓN:

¿Come de todo? ____ ¿Presenta algún tipo de problema con la comida? _____

¿Cuáles? (Come poca variedad la comida, tiene poco apetito, vomita fácilmente, como sólo puré...) _____

Presenta alguna alergia o intolerancia a algún tipo de alimento? (En caso afirmativo, adjuntar informe médico) _____

¿Come sólo/a? _____ ¿Utiliza biberón? _____

SUEÑO:

¿Duerme sólo/a? _____ ¿Con quién? _____

¿Se despierta por la noche? _____ ¿Necesita estar acompañado/a para coger el sueño? _____ ¿Cuántas horas acostumbra a dormir cada día? _____

¿Duerme siesta? _____ ¿Utiliza chupete? _____

HIGIENE:

¿Tiene alergia a algún producto?: jabón, esponja, tejidos... (En caso afirmativo, adjuntar informe médico) _____

¿Colabora con su propia higiene? _____

¿A qué edad comenzó a controlar esfínteres? _____

Actualmente: No controla durante el día No controla durante la noche

¿Va solo al servicio? _____

LENGUAJE:

¿A qué edad comenzó a decir las primeras palabras? _____

¿Tiene dificultad para emitir algún sonido del lenguaje? _____

¿Cuál? _____

¿Se le entiende cuando habla? _____

¿Se le habla en lenguaje de adultos o se utilizan sus mismas expresiones?

MOTRICIDAD:

¿Ha gateado? _____ ¿A qué edad empezó a caminar? _____

¿Tiene alguna dificultad motriz? _____

ASPECTO SOCIAL:

¿Tiene relación con otros niños/as? _____ ¿Dónde? _____
¿Ha asistido a guardería? ____ ¿Cuál? _____
¿Desde qué edad? _____ ¿Cuántas horas al día? _____
¿Comparte con otros niños/as sus juguetes? _____
¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos? _____
¿Qué juegos realizan con el niño/a habitualmente? _____

¿Con quién está el niño/a habitualmente? (padre, madre, otra persona,...)

¿El niño/a se va con desconocidos? _____

¿Se turba ante los extraños? _____

¿Llora con facilidad? _____

¿Tiene miedo a algo? _____ ¿A qué? _____

Servicios del centro que va a utilizar habitualmente: madrugadores, comedor,
actividades extraescolares _____

CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

Subrayar los rasgos personales más característicos de su hijo/a: tímido/a,
nervioso/a, irritable, obediente, alegre, sociable, participativo/a, ordenado/a,
agresivo/a, cariñoso/a, extrovertido/a, caprichoso/a. Otros:

OTRAS OBSERVACIONES:

Algún aspecto que debamos conocer y que no se haya reflejado anteriormente:

RELIGIÓN

ALTERNATIVA

PERSONA QUE LE VIENE A RECOGER: _____
