

- ¿Padece alguna enfermedad?:
- ¿Está sometido a algún tratamiento?:

4. DATOS SENSORIALES Y PSICOMOTRICES

- ¿Gateaba habitualmente? ¿A qué edad?
- ¿Tiene alguna dificultad en el movimiento? (pies, problemas posturales, poca agilidad...)
- ¿A qué edad empezó a andar?
- ¿Qué mano usa habitualmente? (izquierda/ derecha/ indistintamente):

5. LENGUAJE

- ¿A qué edad comenzó a hablar?
- ¿Sus palabras son inteligibles?
- ¿Es hablador?
- ¿Se apoya más en el lenguaje gestual que en el oral?

6. DATOS SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL

- Alimentación:
 - ¿Es alérgico a algún alimento?
 - ¿Come sólo o necesita ayuda?
 - ¿Toma una alimentación variada?
 - ¿Qué suele desayunar?
- Higiene:
 - ¿Se asea solo?
 - ¿Colabora en los hábitos de higiene?
- Control de esfínteres
 - ¿Controla los esfínteres? ¿Desde cuándo?
 - ¿Usa pañal? ¿Cuándo?
 - ¿Hace caca y pis solo?
- Sueño
 - ¿Duerme sólo? En caso negativo, ¿con quién duerme?
 - ¿Cuántas horas suele dormir?

- ¿Tiene pesadillas?

7. VIDA RELACIONAL

- ¿Con quién vive en casa?
- ¿Con quién está principalmente el niño fuera del colegio?
- ¿Se relaciona sin problemas con otros adultos?
- - ¿Se relaciona sin problemas con otros niños?
- ¿Tiene rabietas?

8. ASISTENCIA A OTROS CENTROS

- ¿Ha asistido a otros centros escolares?
 - En caso negativo, ¿con quién ha estado?
 - En caso positivo, ¿desde qué edad y cuánto tiempo?
- Su asistencia ha sido regular o irregular:

9. GUSTOS Y PREFERENCIAS DE VUESTRO HIJO

En este apartado queremos conocer un poquito más a vuestro hijo.

- ¿Cuáles son sus juegos preferidos?
 - ¿Cómo juega? (solo/ con adultos/ con otros niños)
 - ¿Cuáles son sus juguetes preferidos?
 - Escribe el nombre de sus canciones de música preferidas o grupos musicales:
-
- Escríbenos cómo es tu hijo y dinos cualquier observación que quieras que conozcamos sobre él.