

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS PADRES – EDUCACIÓN INFANTIL

(Rellenar con letra clara y mayúscula todos los apartados)

Por medio de este cuestionario pretendemos recoger información sobre aspectos del desarrollo, aprendizaje, hábitos, etc. del niño que nos resulta necesaria para conocer sus necesidades y el momento evolutivo en el que se encuentra y así, ajustar nuestra labor educativa al alumno.

DATOS DEL ALUMNO				
NOMBRE y APELLIDOS DEL /DE LA ALUMNO/A FECHA NACIMIENTO: / / NACIONALIDAD: DATOS DE CONTACTO DE LA FAMILIA PADRE/MADRE/TUTOR 1 : PADRE/MADRE/TUTOR 2 OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO DIRECCIONES DE e-MAL:				FOTO
OPCIONES DE ESCOLARIDAD (A rellenar por el centro)				
3 AÑOS	4 AÑOS	5 AÑOS	☐ RELIGIÓN ☐ MED. ATENCIÓN EDUCATIVA	AUTORIZACIÓN IMÁGENES ☐ SI ☐ NO
DATOS FAMILIARES				
Nombre del padre/madre/tutor1		Profesión:		Vive en casa:
Nombre del padre/madre/tutor2		Profesión:		Vive en casa
¿Están los padres separados o divorciados?		SÍ NO;	¿Hay sentencia reguladora? SI NO	
¿Con quién vive el niño?				
¿Se ocupa del niño alguna persona externa al núcleo familiar?		SÍ NO		
En caso afirmativo, ¿quién?				
Nº de hermanos (incluido el alumno):		Lugar que ocupa:		Edades de los hermanos:
¿Algún hermano está matriculado en este colegio?		SÍ NO		
DATOS DE ESCOLARIZACIÓN				
¿Ha estado escolarizado anteriormente?		SÍ NO	CENTRO DE PROCEDENCIA:	
—				
DATOS DE SALUD				
¿Padece alguna enfermedad / alergia importante? ¿cuál?				
¿Posee alguna minusvalía? ¿cuál?				

DESARROLLO EVOLUTIVO

¿A qué edad empezó a caminar? ¿A qué edad empezó a decir palabras?

¿Pide ir al baño? SI NO ¿A qué edad le quitasteis el pañal?

Señalad cuándo controla esfínteres: Día y noche Durante el día No controla

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

¿A qué hora se acuesta? ¿Cuántas horas duerme? .

¿Le cuesta trabajo levantarse? SÍ NO ¿Suele dormir siesta? SI NO

¿Habéis observado algún problema referente al sueño? Miedos, pesadillas... SI NO

En caso afirmativo, ¿cuáles?

¿Qué ritmo de comida tiene? Lento Normal Rápido ¿Necesita ayuda para comer? SÍ NO

¿Plantea actualmente problemas a la hora de ingerir alimentos? SÍ NO ¿Cuáles?

ASPECTOS PERSONALES

Marcad las características que creéis que definen a vuestro hijo:

Alegre Miedoso Lloro frecuentemente Tiene rabietas

¿A qué le gusta jugar? ¿Cuáles son sus juguetes preferidos?

¿Con quién suele jugar? Solo Padres Hermanos Otros niños ¿Dónde?

¿Cuánto tiempo ve la televisión al día? ¿Con quién? ¿Qué programas?

¿Tiene ordenador/tablet? SÍ NO ¿Juega con él? SÍ NO

¿Se le entiende cuándo habla? SÍ NO

¿Pide las cosas verbalmente? SÍ NO ¿Estructura frases? SÍ NO

¿Colabora en sus tareas de aseo, vestido, orden de sus cosas...? SÍ NO

COMENTARIOS QUE DESEÉIS APORTAR O QUE CONSIDERÉIS RELEVANTE

En Madrid, a de de 202

Firma padre/madre/ tutor 1

Firma padre/madre/tutor 2

Fdo.:

Fdo.: