



# CUESTIONARIO INICIAL

## Educación Infantil

### ➤ DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellidos: .....

Nombre: .....

Fecha de nacimiento: .....

Lugar de nacimiento: .....

Provincia: ..... País: ..... Nacionalidad: .....

Dirección: .....

Localidad: .....Municipio: .....

C.P.: ..... Provincia: .....

### ➤ DATOS FAMILIARES

#### • Padre/tutor legal:

Nombre y apellidos: .....

Fecha de nacimiento: .....

Estudios: ..... Profesión: .....

Situación laboral: ..... Horario laboral: .....

Teléfonos de contacto: .....

Correo electrónico: .....



- Madre/tutora legal:

Nombre y apellidos: .....

Fecha de nacimiento: .....

Estudios: ..... Profesión: .....

Situación laboral: ..... Horario laboral: .....

Teléfonos de contacto: .....

Correo electrónico: .....

- Circunstancias familiares significativas

Circunstancia reseñable: .....

Tutor/a del alumno/a: .....

En alguno de los casos anteriores, el niño/a vive con: .....

¿Viven otros familiares en casa? ..... Parentesco: .....

- Hermanos/as:

Número de hermanos/as: .....

Lugar que ocupa entre ellos/as: .....

➤ ESCOLARIZACIÓN:

¿Es la primera vez que acude a una escuela? .....

¿Desde qué edad está escolarizado/a? .....

Nombre del centro: .....

¿Se adaptó bien? .....



➤ DATOS FÍSICOS Y SALUD:

Estado general de salud: .....

Vacunaciones: .....

Alergias: .....

Problemas de visión o audición: .....

¿Padece alguna enfermedad? ..... En caso afirmativo, protocolo a seguir (tratamiento médico, recomendación significativa del facultativo, etc.) .....

.....

Observaciones: .....

.....

➤ MOVIMIENTO:

¿A qué edad comenzó a caminar? .....

¿Controla la marcha y la parada? .....

¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento? .....

Descríbalo: .....

.....

➤ LENGUAJE:

¿Cuándo comenzó a hablar? .....

¿Se entienden sus expresiones? .....

¿Utiliza mucho el gesto? .....

¿Tiene algún problema en la expresión oral? .....

¿Y en la comprensión oral? .....



Descríbalo: .....

.....

¿Qué idiomas habla o conoce? .....

➤ CONTROL DE ESFÍNTERES:

¿Controla los esfínteres? ..... ¿Desde cuándo? .....

¿Lo pide o hay que recordárselo? .....

¿Utiliza el váter o el orinal? .....

¿Controla esfínteres de día? .....

¿Controla esfínteres de noche? .....

➤ SUEÑO:

¿Cuántas horas duerme por la noche? ..... ¿Duerme solo/a? .....

¿Duerme en cama o en cuna? .....

¿Necesita luz? ..... ¿Algún juguete? .....

¿Se despierta por la noche? ..... ¿Tiene miedo? .....

¿Duerme siesta? ..... ¿Cuánto tiempo? .....

➤ ALIMENTACIÓN E HIGIENE:

¿Toma una alimentación variada? .....

¿Cuántas comidas hace al día? .....

¿Come solo/a? .....

¿Hay que estimularlo/a para que coma? .....

Alergias a alimentos: .....



Describir lo que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda: .....  
.....  
.....

➤ CONDUCTA EMOCIONAL Y SOCIAL:

¿Depende mucho de los padres? .....

¿Tiene pesadillas frecuentes? .....

¿Se relaciona con otros niño/as? .....

¿Se entretiene solo/a? .....

¿Qué juegos prefiere? .....

¿Se manifiesta activo/a en el juego? .....

¿Qué juguetes le gustan? .....

¿Con quién juega diariamente? .....

En caso de tener hermanos/as, ¿cómo es la relación con ello/as? .....

.....

¿Y con los padres? .....

¿Con quién pasa la mayoría del tiempo? .....

¿Es caprichoso/a? ..... ¿Es tranquilo/a? .....

¿Suele tener rabietas? ..... ¿Es agresivo/a? .....

Otros aspectos relevantes: .....

.....

En ....., a ..... de ..... de 20.....