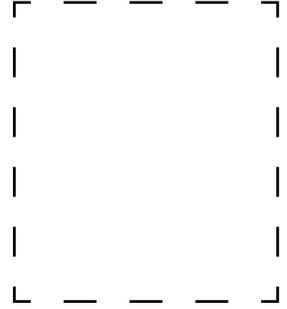




Datos del Alumno/a



Nombre y apellidos:

Nació en, el día de de

Domicilio:

Localidad: CP:

MADRE

Nombre y apellidos:

Edad: DNI:

Domicilio:

Localidad: CP:

Profesión:

Teléfono: Email:

OBSERVACIONES:

PADRE

Nombre y apellidos:

Edad: DNI:

Domicilio:

Localidad: CP:

Profesión:

Teléfono: Email:

OBSERVACIONES:

HERMANOS/AS

Nombre: Fecha nacimiento:

Nombre: Fecha nacimiento:

Nombre: Fecha nacimiento:

Si pasa algo puede llamar a (indicar a quién pertenece el número):

.....
.....
.....



Me pueden recoger del Centro (adjuntar copia del DNI):

..... DNI:

..... DNI:

..... DNI:

..... DNI:

Otros datos de interés:

.....

.....

HÁBITOS

Alimentación:

¿Presenta problemas en las comidas? ¿Cuáles?

.....

.....

¿Come sólo/a?

¿Come sólo lo que le gusta?

¿Come muy despacio?

Alimentos preferidos:

Descanso:

¿Duerme sólo/a? ¿Comparte habitación?

¿Con quién?

¿Duerme en la misma cama con otro miembro de la familia? ¿Con quién?

¿Duerme de un tirón? ¿Se despierta por las noches?

¿Necesita que alguien esté con él/ella para dormirse?

¿Necesita algún elemento de compañía cuando se va a la cama?

¿Duerme siesta? ¿Cuánto tiempo?

Control de esfínteres: (grupo 3 años)

¿A qué edad empezó a controlar el "pis"?

¿Se "moja" en la actualidad durante el día?

¿Usa pañal por la noche? En caso negativo, ¿moja la cama? ¿con qué frecuencia?

Conducta:

¿Suele mostrar su descontento mediante rabietas?

En caso afirmativo, ¿cómo son?

.....

.....

¿Qué suele hacer para que se le pasen?

.....

.....

¿Es independiente? ¿Necesita estar con adultos? ¿Juega solo?
¿Cuáles son sus juegos más frecuentes?

¿Con quién suele jugar?

Nombres:

¿Cuáles son sus juguetes preferidos?

¿Suele ayudar a recoger y ordenar sus juguetes?

¿Cuánto tiempo ve la TV?

¿Qué programas ve?

Otras actividades:

Relaciones personales:

¿Cómo se lleva con otros adultos?

¿Y con otros niños?

Modificaciones recientes en la vida familiar (cambios de domicilio, fallecimientos, separaciones...):

Otras observaciones:

**Conteste solamente en caso de divorcio o separación:

¿Quién tiene la guardia y custodia del niño/a?

¿Con qué frecuencia ve a su padre/madre?

Responsable en ausencia de los padres:

COMUNICACIÓN

¿Cree que el lenguaje de su hijo/a es el adecuado para su edad?

¿Presenta alguna dificultad en el habla?

Pronunciación:

¿Pide lo que desea hablando?

ACTIVIDADES FAMILIARES EN EL TIEMPO LIBRE

HISTORIAL ACADÉMICO

¿Ha asistido a algún otra guardería / ludoteca? ¿A cuál?

¿Cuánto tiempo permanecía? ¿Desde qué edad? ¿Cómo se adaptó?

¿Cómo era la relación con otros niños?

¿Cómo era la relación con la maestra?

Relación familia/escuela:

¿Cómo cree usted que debe ser la educación de los niños de 0 a 3 años?

¿Qué espera usted de nuestro Centro Infantil?

¿Qué espera usted de la maestra/tutora que esté con su hijo/a?

¿Cree necesario colaborar con la maestra/tutora?

¿Dispone de tiempo para hacerlo?

¿Cree que su hijo/a tendrá problemas para adaptarse al Centro y/o a la maestra?

¿Por qué?

Antecedentes escolares de sus hermanos:

¿Han tenido dificultades para adaptarse al Centro/Guardería?

¿Cuáles?

Otro tipo de problemas que hayan presentado:

Otras observaciones:

DATOS SANITARIOS

Con motivo de dar la mejor atención a vuestros hijos/as debemos tener actualizados los siguientes datos:

- Si toma medicación fija y qué dosis.
- Si padece alguna enfermedad crónica.
- Si presenta algún tipo de alergia o intolerancia.

En caso de necesitar medicación o padecer alguna alergia o intolerancia, además, deberéis hacernos llegar una **COPIA DEL INFORME O RECETA DEL MÉDICO** donde aparezca dicha información. Asimismo, si cambia durante el curso alguno de los datos aportados, tendréis que notificárnoslo inmediatamente (rellenaréis de nuevo los documentos y nos daréis la copia del informe o la receta médica).

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿OPERACIONES? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿ACCIDENTES? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿DIFICULTADES VISUALES? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿DIFICULTADES AUDITIVAS? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿OTRO TIPO DE DIFICULTAD? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique cuál

¿TOMA MEDICACIÓN? SÍ NO

EN CASO DE TOMAR MEDICACIÓN, RELLENAR ESTOS DATOS:

Nombre Medicación	1º Dosis	2º Dosis	3º Dosis	A tener en cuenta...

¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA O INTOLERANCIA? SÍ NO

En caso de presentar algún tipo de alergia o intolerancia, contestar estas preguntas:

1. ¿A qué tiene alergia o intolerancia?

2. ¿Qué medidas tomáis para evitar la alergia o intolerancia?

RECORDAD QUE NO SE DARÁ LA MEDICACIÓN, NI SE TOMARÁN LAS MEDIDAS OPORTUNAS PARA EVITAR LA ALERGIA O INTOLERANCIA SI NO ENTREGÁIS DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADOS LOS DOCUMENTOS Y LA COPIA DEL INFORME O RECETA MÉDICA.

SI TOMA MEDICACIÓN, ADEMÁS, DEBÉIS ENTREGARNOS EL INFORME O RECETA MÉDICA, PORQUE EN CASO CONTRARIO NO SE ADMINISTRARÁ.

Por otro lado, os rogamos que nos informéis de cualquier otro dato importante que consideréis que debemos saber.

SERVICIOS

Horario:

Partido: Mañana de **h. a** **h.** **Tarde de** **h. a** **h.**

Continuo: De **h. a** **h.**

OBSERVACIONES:

Santa Cruz de La Palma, a de del 20

Fdo.: (Padre/Madre/Tutor)

Gracias por vuestra atención y colaboración.

Atentamente,

Equipo Directivo y Docente del Centro Infantil Los Enanos.