



FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN: INFANTIL

Estimadas familias: Con el fin de que el periodo de adaptación al Centro de vuestro hijo sea lo más individualizado y personalizado posible, os presentamos esta ficha en la que nos facilitaréis unos datos que serán de gran utilidad.

Más adelante, a finales de junio y principios de septiembre tendremos una reunión para explicar el objetivo de este proceso de adaptación que estamos iniciando. Por favor, tenéis que rellenar esta ficha y entregarla en la reunión de finales de Junio.

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO		
Nombre y apellidos: _____		
Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____		
DATOS FAMILIARES		
Nombre del padre: _____ Profesión: _____		
Estudios: _____		
Nombre de la madre: _____ Profesión: _____		
Estudios: _____		
Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa: <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/> 5º		
Personas que conviven con el/la niño/a: _____		
Familia: <input type="checkbox"/> tradicional; <input type="checkbox"/> separada; <input type="checkbox"/> divorciada; <input type="checkbox"/> monoparental, <input type="checkbox"/> otras		
Teléfonos de contacto (por orden preferente e indicando a quién pertenecen):		
1	TELÉFONO	PERSONA
2		
3		
4		
5		
6		


 Conocimiento del idioma inglés (familia): Alto Medio Bajo Nulo

CUESTIONES		SÍ	NO	OBSERVACIONES	
DATOS MÉDICOS	¿Embarazo normal?				
	¿Parto sin complicaciones?				
	¿Enfermedades u hospitalizaciones?				
	Atención sanitaria especial				
	¿Mantiene algún seguimiento especial?				
	Visión, audición y pies				
	¿Vacunación completa?				
	Alergias: alimentarias, animales, maquillaje... <i>En caso de ser alérgico o precisar medicación, debe pasar por Dirección para aportar la documentación necesaria, de acuerdo a la Resolución de 16 marzo de 2015</i>				
NIVEL MADURATIVO	MOTOR	¿Tiene algún problema motórico?			
	LENGUAJE	¿Habla mucho?			
		¿Habla claro?			
		¿Comprende?			
EMOCIONAL	Describe a tu hij@:				



CUESTIONES		SÍ	NO	OBSERVACIONES	
HÁBITOS	ALIMENTACIÓN	¿Come sol@?			
		¿Come sólido?			
		¿Presenta problema con alguna comida?			
	SUEÑO	¿Duerme sol@?			
		¿Se despierta por las noches?			
	CONTROL DE ESFÍNTERES	¿Diurno?			
		¿Nocturno?			
		¿Va sol@ al servicio?			
	AUTONOMÍA	¿Intenta vestirse/desnudarse?			
		¿Sabe lavarse?			
		¿Se le anima a colaborar en alguna tarea de casa?			
	OTROS	ESCOLARIZACIÓN	¿Ha asistido a Escuela Infantil?		
¿Desde qué edad?					

ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA EDUCACIÓN DEL NIÑ@: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES, EXPECTATIVAS, SUGERENCIAS...

--



**ACTITUD DE LA FAMILIA ANTE LA EDUCACIÓN DEL NIÑ@: PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES,
EXPECTATIVAS, SUGERENCIAS...**