

CUESTIONARIO INICIO ESCOLARIZACIÓN

A continuación les planteamos algunas cuestiones referentes a la evolución de su hijo o hija. Estos datos solamente van a ser manejados por las tutoras. Para contestar a las preguntas marque una cruz en la casilla que corresponda.

Cumplimenten este cuestionario en septiembre.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

POBLACIÓN:

CONTACTO 1:

CONTACTO 2 :

Parentesco

Parentesco

IDIOMA QUE UTILIZA EL NIÑO EN CASA:

DATOS FAMILIARES

Padre Nombre y apellido: Edad:

Profesión:

Madre Nombre y apellido : Edad:

Profesión:

Hermanos Núm. Varones: Edades
Núm. Mujeres: Edades:
Lugar que ocupa el niñ@ en casa:

Otros familiares que viven en casa:

Parentesco:

Edad:

¿LE CUIDA ALGUIEN AJENO A LOS PADRES? ¿QUIÉN?
¿CON CUÁNTA FRECUENCIA?

HA ACUDIDO A ALGUNA ESCUELA INFANTIL O GUARDERÍA:

SÍ A QUÉ EDAD:
NO

DATOS PSICOEVOLUTIVOS

Embarazo y parto: Prematuro
Normal
Con problemas ¿Qué clase de problemas?

Alimentación: SI NO
Mastica sólidos (carne, pescado)
Come sólo
Se niega a comer (muchas cosas)
Toma biberón

	SI	NO		SI	NO
Control de esfínteres:					
Controla sus esfínteres por el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pide cuando necesita ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Es capaz de ir al baño solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Sueño:

Habitualmente se acuesta a las..... horas

	SÍ	NO
Necesita compañía para dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cuesta dormirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene un sueño tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte la habitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricidad:

¿Gateó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empezó a andar a losmeses		
Sube las escaleras alternando los pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monta en triciclo y pedalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede andar de puntillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colabora al vestirse / desnudarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mano que usa preferentemente

Lenguaje:

Comenzó a decir las primeras palabras a los..... meses

Utiliza el lenguaje oral para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su lenguaje actual es:		
. Claro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Puede entenderle cualquiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Salud:

¿Tiene actualmente algún problema de salud o de desarrollo?

¿Sigue o ha necesitado algún tratamiento o seguimiento médico, psicológico o de estimulación?

¿Tiene algún tipo de alergia o intolerancia? En caso afirmativo detallarla

Enfermedades padecidas:

Carácter: creen que, en general su hijo o hija es:

SI NO

Un niño o niña tranquila:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suele ser independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cuesta relacionarse con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifiesta muchos miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas rabietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene comportamientos agresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe brevemente el carácter de su hija o hijo:

¿Cuáles son sus aficiones y juguetes favoritos?

¿Con quién suele jugar?

¿Es capaz de jugar algún ratito solo o sola?

¿Muestra temor a algún objeto o situación?

¿Hay algún aspecto que como padres les preocupa de cara al inicio del colegio?

¿Ha estado en contacto con la lengua inglesa (canciones, familiares, viajes...)?

Añadir cualquier comentario que consideren oportuno y que nos ayude a conocer mejor a su hija o hijo
Muchas gracias por su colaboración