



Cuestionario de inicio de escolaridad

Datos personales del alumno/de la alumna

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:

Profesión/Situación laboral:

Horario laboral:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

● Madre/tutora legal:

Nombre y apellidos:

Profesión/Situación laboral:

Horario laboral:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

● **Circunstancias familiares significativas
(familia monoparental, padres separados, fallecimientos...):**

En alguno de estos casos, el niño/a vive con:

¿Viven otros familiares en casa?

¿Hay algún problema de salud familiar?

● **Hermanos:**

Número de hermanos:

Lugar que ocupa entre ellos:

¿Tiene celos?

Escolarización:

¿Es la primera vez que acude a la escuela?

¿Desde qué edad está escolarizado/a?

Nombre del centro:

¿Se adaptó bien?

Datos físicos y salud:

Estatura: Peso:

Problemas en el embarazo o parto:

Estado general de salud:

Vacunaciones:

Alergias:

Problemas de visión o audición:

¿Padece alguna enfermedad?

¿Lleva algún tratamiento médico?

¿Hay alguna recomendación significativa del médico?

Observaciones:

Movimiento:

- ¿A qué edad comenzó a caminar?
- ¿Controla la marcha y la parada?
- ¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento?
- Describalo:
-
-

Lenguaje:

- ¿A qué edad comenzó a emitir sonidos?
- ¿Cuándo comenzó a hablar?
- ¿Se entienden sus expresiones?
- ¿Utiliza mucho el gesto?
- ¿Tiene algún problema en la expresión oral?
- Describalo:
-
- ¿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:

Alimentos que rechaza:

¿Disfruta con el baño? ¿Quién lo baña?

Describir lo que es capaz de hacer su hijo/a sin ayuda en relación a la alimentación y a la higiene:

.....
.....

Conducta emocional y social:

¿Depende mucho de los padres?

¿Tiene pesadillas frecuentes?

¿Se relaciona con otros niños y niñas?

¿Se entretiene solo/a?

¿Qué juegos prefiere?

¿Se manifiesta activo/a en el juego?

¿Qué juguetes le gustan?

¿Con quién juega diariamente?

¿Cómo es la relación con los hermanos?

¿Y con los padres?

¿Con quién pasa la mayoría del tiempo?

¿Es caprichoso/a? ¿Tranquilo/a?

¿Suele tener rabietas? ¿Agresivo/a?

Aspectos sobre la personalidad a destacar (caprichoso/a, dominante, dependiente):

.....
.....

Comportamiento habitual en casa:

.....
.....

Periodo de adaptación escolar:

A cumplimentar por el/la maestro/a o tutor/a responsable del grupo de edad, al finalizar el mes de octubre del curso escolar en el que se inicia la escolarización.

- ★ ¿Llora al llegar a clase?..... sí NO
- ★ ¿Saluda al llegar a clase?..... sí NO
- ★ ¿Sonríe y está contento/a durante la jornada escolar?..... sí NO
- ★ ¿Llama la atención constantemente?..... sí NO
- ★ ¿Llama la atención solamente cuando lo necesita? sí NO
- ★ ¿Se despide al salir de clase?..... sí NO

En caso de que utilice el servicio de comedor:

- ★ ¿Come de todo?..... sí NO
- ★ ¿Rechaza algún alimento?..... sí NO
- ★ ¿Muestra interés por comer solo/a?..... sí NO
- ★ ¿Se le da de comer?..... sí NO

Aspectos observados que merezcan ser contemplados en este período educativo:

De _____ de 20_____

Firma del maestro/a y del profesional tutor/a, si procede: