

FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

CEIP EL PARQUE HUESCA

DATOS FAMILIARES

NIÑO/A

NOMBRE DEL NIÑO/A:.....

SI ES NOMBRE COMPUESTO, INDICAR NOMBRE AL QUE RESPONDE:

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO (NIÑO- NIÑA).....

PADRE

Nombre..... Edad.....

Dirección.....

Teléfono fijoTeléfono móvil.....

Dirección de correo electrónico

Profesión..... Lugar de trabajo:

Teléfono de trabajo:..... Horario laboral:.....

MADRE

Nombre..... Edad.....

Dirección.....

Teléfono fijoTeléfono móvil.....

Dirección de correo electrónico

Profesión..... Lugar de trabajo:

Teléfono de trabajo:..... Horario laboral:.....

HERMANOS

Nombre de sus hermanos y su edad:

-
-
-

Lugar que ocupa entre sus hermanos:

OTRAS PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE EL NIÑO/A

¿Conviven otras personas en el domicilio familiar?.....

¿Qué parentesco tienen con el niño/a?.....

PERSONAS DE CONTACTO EN CASO DE INCIDENCIA (Rellenar por orden de prioridad)

Persona de contacto	Teléfono

ESCOLARIZACIÓN

¿Ha asistido a la guardería alguna vez?..... ¿Desde qué edad?

Nombre de la guardería:.....

DATOS DE LA EVOLUCIÓN DEL NIÑO

Embarazo:

¿Hubo algún problema en el embarazo?.....

Tipo de parto..... ¿Hubo algún problema?.....

Psicomotor:

¿Gateó?..... ¿A qué edad?.....

¿Cuándo comenzó a caminar?.....

¿En la actualidad tiene seguridad al caminar, saltar y correr?.....

Lingüístico:

¿Cuándo comenzó a hablar?

¿Qué idioma utiliza la familia para comunicarse?.....

¿Comprende el idioma español?..... ¿Habla en español?.....

¿Cómo se comunica habitualmente con los demás? (RODEE LO MÁS FRECUENTE)

1. con frases
2. sólo utiliza palabras
3. utiliza, sobre todo, gestos
4. utiliza palabras, pero no se comprenden bien

DATOS DE LA AUTONOMÍA DEL NIÑO

Control de esfínteres:

¿A qué edad empezó a controlar el pipí? ¿Y la caca?.....

En la actualidad, ¿controla el pipí con regularidad?..... ¿Y la caca?.....

El sueño:

¿Duerme solo?.....

¿Se despierta por las noches?.....

Duerme desde..... hasta.....

DATOS SOBRE LA SALUD DEL NIÑO/A

- ¿Qué enfermedades importantes ha tenido?.....
- ¿Ha sido operado alguna vez?.....
- ¿Toma alguna medicación permanente?.....
- ¿Es alérgico a algo?.....
- ¿Tiene algún problema visual?..... ¿Y auditivo?.....
- ¿De motor?..... ¿Otros?.....
- ¿Presenta problemas con las comidas?.....

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO/A

- ¿Qué rasgos de los siguientes creéis que definen a vuestro hijo/a? (Rodear los que consideréis)

Alegre

Triste

Tímido

Sociable

Cariñoso

Agresivo

Tranquilo

Seguro

Obediente

Desobediente

Dependiente

Independiente

Nervioso

Organizado

Desorganizado

Comunicativo

Otros que queráis añadir:.....

- ¿Usa la tablet?..... ¿Cuánto tiempo?.....
- ¿Ve la televisión?..... ¿Cuánto tiempo?.....
- ¿Qué programas ve?.....
- ¿Se relaciona con otros niños?.....



VUESTRAS EXPECTATIVAS

¿Qué esperáis que vuestro hijo aprenda en esta etapa?

.....

.....

.....

.....

¿Qué aspectos de la educación de vuestro hijo/a os preocupan más?

.....

.....

.....

.....

Además de lo anterior deseo comentar:

.....

.....

.....

.....

¡MUCHAS GRACIAS!