

CEIP CASTILLO DE PIOZ

CUESTIONARIO INICIAL PARA CURSO 2021/2022

NOMBRE DEL ALUMNO/A			
DNI		<input type="checkbox"/> NO TIENE	
NACIMIENTO	FECHA	LUGAR	
DOMICILIO FAMILIAR			
TELÉFONOS DE CONTACTO (indicar en orden de prioridad)			
Prioridad	Parentesco	Número de TLF	
1			
2			
3			

COMPOSICIÓN FAMILIAR

<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR/A	<input type="checkbox"/> OTRO : _____
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI/NIE/PASAPORTE			
FECHA DE NACIMIENTO:			
TELÉFONO			
EMAIL			
PROFESIÓN:			
<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> TUTOR/A	<input type="checkbox"/> OTRO : _____
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI/NIE/PASAPORTE			
FECHA DE NACIMIENTO:			
TELÉFONO			
EMAIL			
PROFESIÓN:			
NÚMERO DE HERMANOS/AS		LUGAR QUE OCUPA	
PERSONAS QUE VIVEN EN CASA CON EL NIÑO/A			
IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA CON EL NIÑO/A			
RESPONSABLE/S EN CASO DE AUSENCIA DEL PADRE/MADRE/TUTOR/A:			

SITUACIÓN FAMILIAR

EN CASO DE PADRES SEPARADOS:
¿EXISTE ALGUNA SENTENCIA O CONVENIO REGULADOR?

OTRAS SITUACIONES:

OBSERVACIONES:

LENGUAJE

¿HABLÓ ANTES DE LOS 3 AÑOS? SI NO

HABLA MUCHO HABLA POCO TIENE DIFICULTADES DE PRONUNCIACIÓN

PRESENTA ALGÚN PROBLEMA AL HABLAR (especificar)

SE EXPRESA APOYÁNDOSE MÁS EN LO GESTOS QUE EN LAS PALABRAS

OTRO DATO DE RELEVANCIA

ALIMENTACIÓN

COME SOLO NECESITA AYUDA PARA COMER MASTICA TODO TIPO DE ALIMENTOS

BEBE SOLO EN VASO TOMA BIBERÓN ¿CUÁNDO?

RECHAZA ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL?

NECESITA LA TV/MÓVIL/TABLET PARA COMER

TIENE ALERGIA O INTOLERANCIA A ALGÚN MEDICAMENTO (detallar)

SUEÑO

¿CUÁNTAS HORAS DUERME APROXIMADAMENTE POR LA NOCHE?

DUERME SIESTA ¿CUÁNTO TIEMPO APROXIMADAMENTE?

PLANTEA PROBLEMAS AL DORMIR (describirlos)

DUERME SOLO COMPARTE HABITACIÓN ¿CON QUIÉN?

SE DESPIERTA POR LAS NOCHES FRECUENCIA CON LA QUE LO HACE:

TIENE MIEDOS ¿A QUÉ?

DESARROLLO EVOLUTIVO

¿CUÁNDO GATEÓ?

¿CUÁNDO EMPEZÓ A CAMINAR?

LE GUSTA LA ACTIVIDAD FÍSICA ES NORMALMENTE ÁGIL CHUPA O MUERDE COSAS

SUELE PERDER EL EQUILIBRIO detallar

CONTROLA "PIS Y CACA" DE DÍA

CONTROLA "PIS Y CACA" DE NOCHE

CUANDO NO CONTROLA EL PIS O LA CACA, ¿CÓMO ACTÚAN?

LE RIÑEN

LE PONEN PAÑAL

SE CAMBIA SOLITO

OTRAS detallar:

SALUD

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA detallar

TIENE ALERGIAS/S detallar

TIENE PAUTADO ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN O TRATAMIENTO detallar

PRESENTA PROBLEMAS VISUALES detallar

PRESENTA PROBLEMAS AUDITIVOS detallar

RELACIÓN AFECTIVO-SOCIAL

¿QUÉ COSAS CAUSAN CONFLICTOS REPETIDOS ENTRE USTEDES Y SU HIJOA?

COGE RABIETAS A MENUDO LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES SON:

LLORA CON FACILIDAD TIENE CELOS DE SU/S HERMANOS/AS

MÉTODOS DE DISCIPLINA MÁS USADOS ANTE UNA RABIETA:

SE IGNORA AL NIÑO/A HASTA QUE SE TRANQUILIZA

SE AISLA AL NIÑO/A

SE LE DA TODO LO QUE PIDE

SE LE PRIVA DE ALGO

SE LE RIÑE

SE LE PEGA

¿CUÁNDO VE LA TELEVISIÓN NORMALMENTE?

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO AL DÍA?

¿QUÉ PROGRAMAS VE?

COLABORA CON LAS TAREAS DE LA CASA detallar con cuales:

ACTIVIDADES QUE REALIZA/N NORMALMENTE CON SU HIJO/A:

PADRE MADRE TUTOR OTROS:

PADRE MADRE TUTOR OTROS:

LE CUENTAN CUENTOS LE GUSTA OJEAR CUENTOS DICE PALABROTAS

ES AGRESIVO CON LOS ADULTOS ES AGRESIVO CON OTROS NIÑOS/AS

ES DICTADOR CON VOSOTROS/AS SE LE RECONOCE SU BUEN COMPORTAMIENTO

EL JUEGO

SE LE DIRIGE EL JUEGO EN CASA

JUEGA SOLO/A

GUARDA SUS JUGUETES

JUEGA CON OTROS NIÑOS/AS

JUEGA EN LA CALLE

¿QUÉ TIPOS DE JUEGOS SON LOS QUE MÁS LE GUSTAN?

ASEO Y VESTIDO	
SE LAVA SOLO/A LAS MANOS <input type="checkbox"/>	SE LAVA SOLO/A LA CARA <input type="checkbox"/>
SE LIMPIA SOLO/A CUANDO HACE PIS <input type="checkbox"/>	
PLANTEA ALGÚN CONFLICTO RESPECTO AL ASEO DIARIO <input type="checkbox"/> detallar	
SE PONE ALGUNA PRENDA DE VESTIR SOLO <input type="checkbox"/>	
SE CALZA Y DESCALZA SOLO <input type="checkbox"/>	RECOGE SUS COSAS <input type="checkbox"/>
COLABORA EN LAS TAREAS DE LA CASA <input type="checkbox"/>	ES CAPAZ DE SUBIR Y BAJAR CREMALLERAS <input type="checkbox"/>

PERSONALIDAD			
MARQUE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES QUE VE EN SU HIJO/A			
<input type="checkbox"/> NERVIOSO/A	<input type="checkbox"/> CELOSO/A	<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> TRANQUILO/A
<input type="checkbox"/> AGRESIVO/A	<input type="checkbox"/> EGOISTA	<input type="checkbox"/> INTROVERTIDO/A	<input type="checkbox"/> PASIVO/A
<input type="checkbox"/> DESPRENDIDO/A	<input type="checkbox"/> EXTROVERTIDO/A	<input type="checkbox"/> ALEGRE	<input type="checkbox"/> DISTRAIDO/A
<input type="checkbox"/> CARIÑOSO/A	<input type="checkbox"/> TRISTE	<input type="checkbox"/> ATENTO/A	<input type="checkbox"/> DICTADOR/A
<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/> OTROS RASGOS:		

ESCOLARIZACIÓN	
HA ASISTIDO ANTERIORMENTE A ALGUNA GUARDERÍA O COLEGIO <input type="checkbox"/>	DESDE QUE EDAD:
TIEMPO DE PERMANENCIA EN GUARDERÍA O COLEGIO:	
¿QUÉ ESPERA DE LA ESCOLARIZACIÓN DE SU HIJO/A?	

OTRAS OBSERVACIONES
SI HAY ALGÚN OTRO DATO QUE USTEDES CONSIDEREN DE INTERÉS Y NO HAYA QUEDADO RESEÑADO CON ANTERIORIDAD EN ESTE CUESTIONARIO, POR FAVOR, INDÍQUELO:

En Pioz, a ____ de _____ de 20__

Firmado: