



Cuestionario inicial de escolarización. 2º ciclo E.I.

Curso: _____ **Nombre del Centro:** _____

Su hijo o hija inicia un nuevo ciclo en la etapa de educación infantil con unas características determinadas y diferentes a otros periodos de escolarización. Es necesario tener información previa del alumnado para que los profesionales que los atienden puedan realizar un mayor ajuste de la respuesta educativa. Estos datos serán tratados conforme a Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos y formarán parte del expediente académico del alumno o alumna.

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Lugar:
Domicilio:	
Nombre de la madre:	
Correo electrónico:	Teléfono:
Nombre del padre:	
Correo electrónico:	Teléfono:
Nº de hermanos:	Nº orden que ocupa:
Estudios que cursan (indique curso):	
E. Infantil: 3 años 4 años 5 años	
E. Primaria: ESO:	
Escolarizado en 1º ciclo de infantil: Si No	
Nombre de la Escuela Infantil:	
Personas que conviven en el domicilio familiar (parentesco):	

SALUD (En caso afirmativo en las preguntas 5,6,7 y/o 8 presentar informe a la dirección del centro :

<p>1.- ¿Dificultades en el embarazo? SI NO ¿Cuáles?:</p>
<p>2.- ¿Dificultades en el parto? (Fórceps, ventosa, prematuro/a, etc)</p>

SALUD(En caso afirmativo en las preguntas 5,6,7 y/o 8 presentar informe a la dirección del centro :

3.- ¿Dificultades del recién nacido? (UCI, asfixia, sufrimiento fetal, hospitalización, etc.)
4.- ¿Ha padecido enfermedad u hospitalización? SI NO ¿Cuál o cuáles?:
5.- ¿Actualmente padece alguna enfermedad? SI NO ¿Cuáles?:
6.- ¿Padece alguna alergia y/o intolerancia? SI NO ¿Cuáles?:
7.- ¿Recibe algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuáles?:
8.- ¿Tiene reconocida alguna discapacidad? SI NO ¿Cuáles?:
9.- Indicios o sospechas de conductas que deban ser valoradas por especialistas. (Ejemplo: no mantener la mirada, manías, conductas repetitivas, exceso de actividad)

DESARROLLO PSICOMOTOR:

¿Cuándo comenzaron sus primeros pasos?			
¿Sube y/o baja escaleras?	SI	CON AYUDA	NO
¿Corre sin dificultad?	SI	CON AYUDA	NO
¿Manipula objetos pequeños?	SI	CON AYUDA	NO
Algún aspecto a destacar en el movimiento, la coordinación o el equilibrio:			

AUTONOMÍA PERSONAL:

ALIMENTACIÓN:

¿Come solo/a?	SI	CON AYUDA	NO
¿Bebe solo/a con vaso?	SI	CON AYUDA	NO
¿Toma la mayor parte de los alimentos sin triturar?	SI	NO	
¿Ha dejado el biberón?	SI	NO	
¿Ha dejado el chupete?	SI	NO	

CONTROL DE ESFÍNTERES:

¿Ha dejado el pañal durante el día?	SI	NO
¿Ha dejado el pañal durante la noche?	SI	NO

HIGIENE:

¿Se lava las manos?	SI	CON AYUDA	NO
¿Se suena la nariz?	SI	CON AYUDA	NO
¿Se limpia después de ir al baño?	SI	CON AYUDA	NO

VESTIDO:

¿Se pone el abrigo?	SI	CON AYUDA	NO
¿Se abrocha botones?	SI	CON AYUDA	NO

SUEÑO:

¿Duerme solo?	SI	CON AYUDA	NO
En caso negativo ¿Con quién duerme?			

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE

¿Cuándo aparecieron sus primeras palabras?		
¿Se expresa oralmente sin dificultad?	SI	NO
¿Comprende los mensajes orales sin dificultad?	SI	NO
Algún aspecto a destacar de la comunicación y el lenguaje:		

DESARROLLO SOCIAL Y AFECTIVO

¿Juega con otros niños y niñas?	SI	NO
¿Se relaciona con personas adultas?	SI	NO
¿Se distrae con facilidad?	SI	NO
¿Presenta demasiada inquietud?	SI	NO
¿Se enfada con mucha frecuencia? (RABIETAS)	SI	NO
¿Llora o manifiesta alguna oposición al separarse del padre o madre?	SI	NO
Algún aspecto a destacar sobre sus relaciones sociales y afectivas:		

Alcalá de Guadaíra a ____ de _____ de _____

Firma padre/madre/tutor legal

