



*CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN*

*Delegación Territorial en Granada*



**Curso: INFANTIL 3 AÑOS**

Cuestionario inicial de

escolarización

2º ciclo de Educación Infantil

**Nombre del Centro: C.E.I.P. MIRAFLORES MONACHIL**

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:

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO:

DOMICILIO: TELÉFONO:

Nº DE HERMANOS/AS: Nº DE ORDEN QUE OCUPA:

CENTRO DE SALUD: PEDIATRA:

ESCOLARIZADO EN 1º CICLO DE INFANTIL (SI/NO): NOMBRE DE LA ESCUELA INFANTIL: SE DESPLAZAN A OTRAS LOCALIDADES POR TRABAJOS DE TEMPORADA (SI/NO):

PERSONAS QUE CONVIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR (PARENTESCO):

Salud

1. ¿Dificultades en el embarazo? SI NO ¿Cuáles?
2. ¿Dificultades en el parto? (Fórceps, ventosa, prematuro/a, etc.)
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? |

En caso afirmativo en las preguntas 5, 6, 7 y/o 8 presentar informe a la dirección del Centro.

Desarrollo psicomotor

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |
| **1.** ¿Cuándo comenzaron sus primeros pasos? |  |
| **2.** ¿Sube y/o baja escaleras? | SI | Con ayuda | NO |
| **3.** ¿Corre sin dificultad? | SI | Con ayuda | NO |
| **4.** ¿Manipula objetos pequeños? | SI | Con ayuda | NO |

**5.** Algún aspecto a destacar en el movimiento, la coordinación o el equilibrio:

 



*CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN*

*Delegación Territorial en Granada*

Autonomía Personal

ALIMENTACIÓN

1. ¿Come solo/a? SI Con ayuda NO
2. ¿Bebe solo/a con vaso? SI Con ayuda NO
3. ¿Toma la mayor parte de los alimentos sin triturar? SI NO
4. ¿Ha dejado el biberón? SI NO
5. ¿Ha dejado el chupete? SI NO

CONTROL DE ESFÍNTERES

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

HIGIENE

1. ¿Se lava las manos? SI Con ayuda NO
2. ¿Se suena la nariz? SI Con ayuda NO
3. ¿Se limpia después de ir al baño? SI Con ayuda NO

VESTIDO

1. ¿Se pone el abrigo? SI Con ayuda NO
2. ¿Se abrocha botones? SI Con ayuda NO

SUEÑO

1. ¿Duerme solo/a? SI NO

En caso negativo, ¿Con quién duerme?

Comunicación y lenguaje

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

Desarrollo Social y afectivo

1. ¿Juega con otros niños y niñas? SI NO
2. ¿Se relaciona con personas adultas? SI NO
3. ¿Se distrae con facilidad? SI NO
4. ¿Presenta demasiada inquietud? SI NO
5. ¿Se enfada con mucha frecuencia? SI NO
6. ¿Llora o manifiesta alguna oposición al separarse del padre o la madre? SI NO
7. Algún aspecto a destacar sobre sus relaciones sociales y afectivas:

Desarrollo Cognitivo

1. ¿Crea historias mientras juega con o sin juguetes? SI NO
2. ¿Juega representando algún papel o personaje? SI NO
3. ¿Mantiene la atención sobre una tarea durante algunos minutos? SI NO
4. ¿Es capaz de imitar conductas o acciones? SI NO
5. ¿Sigue instrucciones sencillas? SI NO