

**CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA. EDUCACIÓN INFANTIL**

**CEIP TARTESSOS**

Estimado padre y madre: Con el fin de tener un mejor conocimiento de su hijo o hija y facilitar su adaptación al centro, os pedimos que rellenéis este cuestionario, entregándolo en el colegio en el momento de la matriculación. Muchas gracias por su colaboración.

**1. DATOS PERSONALES DEL NIÑO O NIÑA:**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_  
Fecha nacimiento \_\_\_\_\_  
¿Ha asistido a guardería? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**2. DATOS FAMILIARES:**

Nombre y apellidos del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estudios / profesión \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Estudios/profesión \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos \_\_\_\_\_  
¿Son alumnos/as del centro? \_\_\_\_\_

Situaciones familiares especiales (separación, fallecimientos, custodia compartida, familia monoparental, situación económica...):

Si es adoptado/a, indique por favor nacionalidad de origen, idioma que habla, edad de acogida, tiempo que lleva en la familia:

**3. DESARROLLO GENERAL:**

¿Existieron problemas o dificultades durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Existieron problemas en el parto? (cesárea, fórceps, etc.) \_\_\_\_\_

¿Existieron problemas neonatales? (sufrimiento fetal, anoxia, incubadora, ...) \_\_\_\_\_

Enfermedades importantes que ha tenido el niño /a.: (convulsiones /fiebres altas \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos \_\_\_\_\_

¿Es alérgico? \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares \_\_\_\_\_

#### **4. HABITOS**

Alimentación: ¿Toma biberón \_\_\_\_\_ ¿Usa chupete \_\_\_\_\_ ¿Come solo/a? \_\_\_\_\_  
¿Mastica bien? \_\_\_\_\_ ¿Permanece sentado durante toda la comida? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alergia a algún alimento? \_\_\_\_\_

Sueño: ¿Duerme solo/a en su cama \_\_\_\_\_ Suele acostarse a las.....horas y levantarse  
a las ..... horas ¿Duerme bien? \_\_\_\_\_

Higiene: ¿Colabora en el aseo? \_\_\_\_\_ ¿Qué ayuda necesita? \_\_\_\_\_

Control de esfínteres: ¿Controla el pipí durante el día? \_\_\_\_\_ ¿Y durante la noche? \_\_\_\_\_  
¿Controla la caca durante el día? \_\_\_\_\_ ¿Y durante la noche? \_\_\_\_\_  
¿Va solo/a al WC? \_\_\_\_\_

**NOTA: En septiembre debe ser autónomo/a para ir al servicio.**

#### **5. NIVEL MADURATIVO**

##### **Lenguaje:**

¿Usa gestos para pedir las cosas? \_\_\_\_\_  
¿A qué edad comenzó a decir las primeras palabras? \_\_\_\_\_  
¿Aprecia dificultades en el habla de su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
¿Tiene dificultades para comprender? \_\_\_\_\_ ¿Presta atención en los cuentos? \_\_\_\_\_  
¿Se comunica con otros niños/as? \_\_\_\_\_ ¿Y con adultos? \_\_\_\_\_  
¿Su lenguaje resulta comprensible para cualquier adulto? \_\_\_\_\_ ¿Canta canciones? \_\_\_\_\_  
¿Te mira cuando le hablas? \_\_\_\_\_  
¿Hay antecedentes familiares con problemas de lenguaje? \_\_\_\_\_

##### **Desarrollo motor:**

¿A que edad comenzó a andar sin ayuda? \_\_\_\_\_  
¿Sube/baja escaleras solo/a? \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna dificultad en sus movimientos? \_\_\_\_\_

**Sociabilidad:** ¿Se queda al cuidado de otros adultos? \_\_\_\_\_  
En el parque, en la playa, ... ¿Juega fácilmente con otros niños/as? \_\_\_\_\_

#### **6. CONDUCTAS EN CASA: Mi hijo/a es:**

DESCRIBA EN UNA FRASE, CÓMO ES SU HIJO/A, para que la tutora lo conozca  
(comportamiento, respeto a normas, carácter, sociable, ...).

- **MUY IMPORTANTE:** En caso de disponer de informes médicos, psicológicos, de especialistas, etc: Por favor adjuntar fotocopia.

Cumplimentado por: padre .... / madre..... / otro familiar.....

JEREZ, a ..... de junio de 2022