

### FICHA PERSONAL DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos _____	FOTO
Fecha Nacimiento: _____ Lugar: _____	
Domicilio _____	
Tel. contacto _____	
Nivel:      Infantil                      Infantil                      Infantil 3 años                      4 años                      5 años	

Nombre y apellidos de la madre o tutora: \_\_\_\_\_  
Estudios y profesión: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos de la padre o tutor: \_\_\_\_\_  
Estudios y profesión: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_  
Nº de hermanos/as: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa: \_\_\_\_\_ Cursos de sus hnos.: \_\_\_\_\_  
Convivencia de otras personas en el hogar familiar: \_\_\_\_\_  
Circunstancias familiares para destacar: \_\_\_\_\_

### DATOS MÉDICOS

Estado general de salud: \_\_\_\_\_  
Vacunaciones \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

### ESCOLARIZACIÓN

¿Es la primera vez que acude a la escuela? \_\_\_\_ ¿Desde que edad esta escolarizado/a? \_\_\_\_  
Nombre del Centro \_\_\_\_\_  
¿Se adaptó bien? \_\_\_\_\_

### NIVEL MADURATIVO.

#### LENGUAJE

¿Cuándo empezó a hablar? \_\_\_\_\_  
Habla mucho o poco: \_\_\_\_\_  
¿Sus palabras se entienden? \_\_\_\_\_  
¿Pide las cosas por gestos (señalándolas o por palabras)? \_\_\_\_\_

#### MOTOR

¿A qué edad empezó a andar? \_\_\_\_\_  
¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento? \_\_\_\_\_

**EMOCIONAL/RELACIONAL**

¿Es nervioso/a? ¿Tranquilo/a? \_\_\_\_\_

¿Se relaciona con otros niños/as? \_\_\_\_\_

¿Suele tener rabietas? \_\_\_\_\_

¿Le gusta relacionarse con otras personas? \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN**

¿Toma alimentación variada? \_\_\_\_\_ ¿Desayuna bien? \_\_\_\_\_

**CONTROL DE ESFÍNTERES Y AUTONOMÍA**

¿Controla esfínteres? (SI o NO): Diurno: \_\_\_\_\_ Nocturno: \_\_\_\_\_

¿Hay que recordarle que acuda al baño? \_\_\_\_\_

Si no lo controla aún, explique si tiene alguna dificultad relacionada \_\_\_\_\_

¿Duerme bien? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_

Tiene problemas de alimentación: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Su parte del cuerpo dominante es (marcar con X): Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

Se relaciona bien (SI o NO) Con adultos \_\_\_\_\_ Con otros niños/as \_\_\_\_\_

Observaciones: