



Junta de Andalucía



CEIP MIGUEL HERNANDEZ
MAIRENA DEL ALJARAFE

FICHA DEL ALUMNADO. EDUCACIÓN INFANTIL 3 AÑOS

1. - DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Lugar :

Domicilio:

Teléfonos de contacto:

Teléfono para programa PASEN:

En casa dispone de:

Ordenador: SI NO

Internet: SI NO

Correo electrónico: SI NO

2. - DATOS FAMILIARES

Nombre del Tutor/a legal 1:

Estudios:

Profesión:

Edad: DNI:

Telf Móvil:

Correo electrónico:

Nombre del Tutor/a legal 2:

Estudios:

Profesión:

Edad: DNI:

Telf Móvil:

Correo electrónico:

Nº de hermanos:

Lugar que ocupa entre ellos:

Hermanos en el centro:

Cursos en los que están matriculados:

Situación familiar:

Los tutores legales conviven en el mismo domicilio

Familia monoparental

Separación o divorcio

Acogimiento familiar

Otros familiares que vivan en casa:

3. - DATOS MÉDICOS

Padece alguna enfermedad: SI NO

¿Cuál?

Vacunaciones:

Alergias:

Intolerancias o alergias alimentarias:

Observaciones o datos médicos de interés:

4. - HÁBITOS

¿Controla esfínteres? SI NO ¿Va sólo al baño? SI NO

¿Se limpia solo? SI NO ¿Duerme solo? SI NO

¿A qué hora se va a la cama? ¿Su ritmo de sueño es regular? SI NO

¿Duerme con algún objeto? SI NO ¿Cuál?

¿Tiene dormitorio propio? SI NO

¿Tiene algún sitio donde realizar sus actividades? SI NO

¿Con quién suele jugar?

¿Cómo se relaciona con los demás?

¿Van otros niños a jugar a casa? SI NO ¿Sale al parque? SI NO

¿Cómo se relaciona con los adultos?

¿Usa pañal? SI NO ¿Usa chupete? SI NO

¿Usa biberón? SI NO

5. - LENGUAJE

¿A qué edad emitió las primeras palabras?

¿Sus palabras son inteligibles?

¿Habla mucho o poco?

6.- MOTOR

¿Ha gateado? SI NO ¿Cuándo empezó a andar?

¿Presenta alguna dificultad en el movimiento? SI NO

En caso afirmativo, indicar cuál:

7.- EMOCIONAL

Añada algunas características que crea que definan a su hijo/a e indique juegos y actividades que le gusten.

¿Tiene rabietas? SI NO ¿Con qué frecuencia?

¿Cuál suele ser su origen? ¿Cómo se calma?

8.- ASISTENCIA A OTROS CENTROS ESCOLARES

¿Ha asistido a otro centro? SI NO ¿Cuál?

¿Durante cuánto tiempo?

9.- OTROS DATOS

Personas que se van a encargar de recoger al niño/a (nombre, parentesco)

Ira al Aula matinal: SI NO ¿Desde qué hora?

Ira al Comedor: SI NO Indicar fecha de comienzo y días de la semana que va a asistir:

Optará por: Religión Atención Educativa

¿Estáis dispuestos o tenéis posibilidad de participar en las actividades del centro que se propondrán a lo largo del curso en horario lectivo? SI NO

10. - OBSERVACIONES QUE CONSIDEREN OPORTUNAS