

Cuestionario inicial de escolarización

2º ciclo de Educación Infantil

Cuestionario inicial de escolarización

2º Ciclo de Educación Infantil

Curso 2021/2022

Nombre del Centro: C.E.I.P Reina Fabiola

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: _____

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

- | | | |
|--|----|----|
| 6. ¿Ha dejado el pañal durante el día? | SI | NO |
| 7. ¿Ha dejado el pañal durante la noche? | SI | NO |

HIGIENE

- | | | | |
|---------------------------------------|----|-----------|----|
| 8. ¿Se lava las manos? | SI | Con ayuda | NO |
| 9. ¿Se suena la nariz? | SI | Con ayuda | NO |
| 10. ¿Se limpia después de ir al baño? | SI | Con ayuda | NO |

VESTIDO

- | | | | |
|--------------------------|----|-----------|----|
| 11. ¿Se pone el abrigo? | SI | Con ayuda | NO |
| 12. ¿Se abrocha botones? | SI | Con ayuda | NO |

SUEÑO

- | | | |
|---------------------|----|----|
| 13. ¿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 |