

EDUCACIÓN INFANTIL CURSO ESCOLAR:
INFORME FAMILIAR REFERIDO A LA EVALUACIÓN INICIAL

1

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre Apellidos

¿Cómo le llaman en casa?

Fecha de nacimiento Lugar

Domicilio

Teléfono Teléfono de urgencia

Dirección de correo electrónico

.....

¿Ha asistido a guardería o a otro colegio? SI NO ¿Cuánto tiempo?.....

2

DATOS FAMILIARES

Nombre de la guardería o colegio

Padre o tutor

Nombre y apellidos

Edad Estudios realizados

Profesión ¿Trabaja?

Lugar de trabajo Horario de trabajo

Madre o tutora

Nombre y apellidos

Edad Estudios realizados

Profesión ¿Trabaja?

Lugar de trabajo Horario de trabajo

Hermanos

Nombre Edad
..... Edad
..... Edad
..... Edad

DATOS FAMILIARES (continuación)

.....
.....

Edad

2

¿Qué lugar ocupa entre los hermanos?

¿Cómo es la relación con sus hermanos?

¿Con cuál se siente más unido?

¿Tiene celos de algún hermano?

¿Vive alguna otra persona en el domicilio familiar?

¿Existe algún problema o situación familiar que pueda influir en el niño?

¿Cuál?

3

SALUD

¿Fue prematuro en su nacimiento?

¿Tuvo algún problema al nacer?

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?

.....

¿Han tenido las enfermedades alguna consecuencia para su salud?

¿Ha sido operado?..... ¿De qué?

¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuánto tiempo?

¿Tiene algún problema?:

auditivo	<input type="checkbox"/>	visual	<input type="checkbox"/>	motor	<input type="checkbox"/>
cerebral	<input type="checkbox"/>	respiratorio	<input type="checkbox"/>	lingüístico	<input type="checkbox"/>
alérgico	<input type="checkbox"/>	digestivo	<input type="checkbox"/>	otros	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles?.....

¿Tiene algún tratamiento médico frecuente?

4 **ALIMENTACIÓN**

¿Plantea algún problema con la comida?

¿Toma todo tipo de alimentos?

¿En qué consiste su desayuno?

¿Utiliza el biberón para beber?

5 **DESCANSO**

.....
.....

¿Cómo duerme?: (Marque los que proceda)

Tranquilo Intranquilo Solo Acompañado Con algún objeto que le gusta

¿A qué hora se acuesta? ¿A qué hora se levanta?

¿Utiliza el chupete para dormir?

6 **AUTONOMÍA**

¿Cuándo empezó a andar? ¿Cuándo empezó a hablar?

Necesita ayuda para: (Marque los que proceda)

Vestirse Calzarse Comer Lavarse Recoger sus juguetes

¿Controla la orina y la caca de día? ¿Y de noche?

¿Se acuesta solo en su cama o es necesario llevarle cuando está dormido?
.....

¿Tiene miedos a la hora de dormir?

¿Sale solo a jugar? ¿Juega con amigos en casa?

7

RASGOS PSICOLÓGICOS

¿Qué mano utiliza preferentemente? Derecha Izquierda

¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a?: (Marque los que proceda)

Alegre Decidido Seguro Activo Cariñoso
Triste Tímido Inseguro Pasivo Agresivo

¿Llora con frecuencia?

¿Qué motivo es el más habitual?

¿En qué situaciones?

¿Tiene rabietas? ¿Por qué son motivadas?

¿Le gusta salirse con la suya?

ç

8

OTROS DATOS

Escriba alguna indicación u observación que pueda ayudar a conocer mejor a su hijo/a.

.....
.....
.....
.....
.....
.....



¿En qué actividades podrían ustedes colaborar en el colegio?

.....
.....
.....
.....
.....

9	OBSERVACIONES
----------	----------------------

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....