

CUESTIONARIO PARA LAS TUTORAS – EDUCACIÓN INFANTIL

A través de este formulario intentamos recoger información sobre aspectos del desarrollo, aprendizaje, hábitos, etc. del niño que nos resulta necesaria para conocer sus necesidades y el momento evolutivo en el que se encuentra y así, ajustar nuestra labor educativa al alumno.

DATOS DEL ALUMNO				
NOMBRE: _____				
APELLIDOS: _____				
FECHA NACIMIENTO: ____ / ____ / _____				
NACIONALIDAD: _____				
OTROS DATOS				
	<input type="radio"/> RELIGIÓN	AUTORIZACIÓN IMÁGENES		ALERGIAS
	<input type="radio"/> ATT. EDUCATIVA	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
DATOS DE CONTACTO				
DIRECCIÓN: _____ N°: _____				
POR/ESC: ____ PISO: ____ LETRA: ____ CP: _____ LOCALIDAD: _____				
MÓVIL PADRE: _____ MÓVIL MADRE: _____				
DOMICILIO (FIJO): _____ OTROS: _____				
DATOS FAMILIARES				
Nombre del padre/madre: _____ Profesión: _____				
Nombre de la madre/padre: _____ Profesión: _____				
¿Están los padres separados o divorciados? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO; ¿Hay sentencia reguladora? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO				
¿Con quién vive el niño? _____				
¿Se ocupa del niño alguna persona externa al núcleo familiar? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO				
En caso afirmativo, ¿quién? _____				
Nº de hermanos (incluido el alumno): ____ Lugar que ocupa: ____ Edades de los hermanos: _____				
¿Algún hermano está matriculado en este colegio? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO CURSO: _____				
DATOS DE ESCOLARIZACIÓN				
¿Ha estado escolarizado anteriormente? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO				
En caso afirmativo, CENTRO DE PROCEDENCIA: _____				
DESARROLLO EVOLUTIVO				
¿A qué edad empezó a caminar? _____ ¿A qué edad empezó a decir palabras? _____				
¿Pide ir al baño? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO ¿A qué edad le quitasteis el pañal? _____				
Señalad cuándo controla esfínteres: <input type="radio"/> Día y noche <input type="radio"/> Durante el día <input type="radio"/> No controla				

DATOS DE SALUD

¿Padece alguna enfermedad / alergia importante? _____ En caso afirmativo ¿cuál? _____

¿Posee alguna minusvalía? _____ En caso afirmativo ¿cuál? _____

¿Autoriza a la administración de árnica en caso necesario? SÍ NO

SUEÑO Y ALIMENTACIÓN

¿A qué hora se acuesta? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

¿Le cuesta trabajo levantarse? SÍ NO ¿Suele dormir siesta? SÍ NO

¿Habéis observado algún problema referente al sueño? Miedos, pesadillas... SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

¿Toma biberón? SÍ NO ¿Usa chupete? SÍ NO

¿Qué ritmo de comida tiene? Lento Normal Rápido

¿Plantea actualmente problemas a la hora de ingerir alimentos? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué habéis observado? _____

¿Necesita ayuda para comer? SÍ NO

ASPECTOS PERSONALES

Marcad las características que creéis que definen a vuestro hijo.

Comunicativo Introverso Alegre Miedoso Llorra frecuentemente

Tiene rabietas Otras (indicar) _____

¿A qué le gusta jugar? _____

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? _____

¿Con quién suele jugar? Solo Padres Hermanos Otros niños Otros _____

¿Dónde suele jugar? _____

¿Tiene algún animal en casa? SÍ NO ¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo ve la televisión al día? _____ ¿Con quién? _____

¿Cuál es su programa favorito? _____

¿Tiene ordenador/tablet? SÍ NO ¿Juega con él? SÍ NO

¿Se le entiende cuándo habla? SÍ NO

¿Pide las cosas verbalmente? SÍ NO ¿estructura frases? SÍ NO

¿Colabora en sus tareas de aseo, vestido, orden de sus cosas...? SÍ NO

COMENTARIOS QUE DESEÉIS APORTAR / CONSIDERÉIS RELEVANTES