



**REGISTRO INICIAL DE INFORMACIÓN FAMILIAR.**

➤ **Datos del alumno/a:**

Nombre:		Apellidos:	
Fecha de nacimiento:		Lugar	
Domicilio familiar:			
Teléfonos de contacto:			
Progenitor 1 (nombre completo):			
Edad:	Estudios cursados	Profesión actual:	
Progenitor 2 (nombre completo):			
Edad:	Estudios cursados	Profesión actual:	
Persona/as responsable en caso de ausencia de los padres y/o autorizadas para recoger al niño/a:			
Nombre:			
Relación con el niño/a			
Teléfonos			

➤ **Aspectos relacionados con la salud del niño/a:**

-¿Padece alguna enfermedad crónica? : Si  No

En caso afirmativo indicar cuál:

\_\_\_\_\_.

-¿Ha tenido algún problema de salud importante?.¿Ha sido operado/a de alguna dolencia?¿Cuál?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-¿Ha pasado las enfermedades infantiles( sarampión, varicela, paperas...)?: \_\_\_\_\_.

-¿Tiene completo el calendario de vacunación de su edad?: \_\_\_\_\_.

-¿Tiene algún tipo de alergia?:

\_\_\_\_\_.

-¿Necesita tomar algún tipo de medicación especial ante crisis puntuales?

(asma, epilepsia, diabetes...). Adjuntar protocolo de actuación del pediatra si fuera necesario.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ **Aspectos relacionados con el desarrollo psicoevolutivo:**

**-Desarrollo prenatal:**

-¿Nació por parto natural o cesárea?: \_\_\_\_\_.

¿Hubo algún problema destacable durante el embarazo y/o el parto?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-¿Tiene algún déficit de tipo psíquico, visual, auditivo o motor?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**-Control de esfínteres:**

Control total  Solo por el día  Sin control

-¿A qué edad empezó a controlar esfínteres( pis y caca): \_\_\_\_\_.

-¿Usa pañales en casa?: \_\_\_\_\_.

**-Datos motores y lingüísticos:**

-¿ A qué edad empezó a gatear?: \_\_\_\_\_.

-¿A qué edad empezó a andar?: \_\_\_\_\_.

-¿A qué edad empezó a hablar?: \_\_\_\_\_.

**-Hábitos y rutinas de casa:**

-¿Cuántas horas duerme el niño/a a diario? : \_\_\_\_\_.

-¿A qué hora se acuesta a diario?, ¿Tiene siempre el mismo horario?:

\_\_\_\_\_

¿Suele dormir la siesta? ,¿Cuánto tiempo?:

\_\_\_\_\_

-¿Duerme solo/a o comparte habitación?: \_\_\_\_\_.

-¿Duerme con papá y

mamá?: \_\_\_\_\_

-¿Tiene alteraciones del sueño ( insomnio, pesadillas...):

\_\_\_\_\_

-¿Se suele quedar dormido en el salón antes de acostarse?:

\_\_\_\_\_

-Alimentación básica: Come de todo  Preferiblemente triturado

-Bebe en vaso, con pajita o en biberón: \_\_\_\_\_.

-Usa los cubiertos: \_\_\_\_\_

-Tiene trastornos alimenticios (oposición a la comida, se provoca el vómito...):

\_\_\_\_\_

-¿Usa chupete en casa? : Si  No

-¿Es autónomo para ir al baño ( lo pide, se baja y sube la ropa , se sabe limpiar)?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-¿Se lava la cara y las manos solo/a?: \_\_\_\_\_.

-¿Se suena solo/a?: \_\_\_\_\_.

➤ **Entorno familiar, establecimiento de normas y comportamiento del niño.**

-Nombre familiar o diminutivo con el que se llama al niño/a en casa:

\_\_\_\_\_.

-Lengua hablada con el niño habitualmente en el ámbito familiar:

\_\_\_\_\_.

-Situación familiar, ¿con quién vive el niño/a?( papá, mamá, hermanos, otros familiares...):

\_\_\_\_\_.

-Número de hermanos: \_\_\_\_\_. Posición que ocupa entre ellos:\_\_\_\_\_.

-¿Existe alguna situación familiar destacable que haya afectado o afecte al niño/a?:

\_\_\_\_\_.

-¿Existen en casa unas normas claras con sus consecuencias positivas o negativas, en función del comportamiento del niño/a?.¿Tiene unas responsabilidades básicas ( recoger los juguetes, su ropa, ayudar a poner la mesa...)?:

\_\_\_\_\_.

-¿Suele presentar problemas para obedecer y/o respetar las normas establecidas?:

\_\_\_\_\_.

-¿Es habitual que el niño/a reaccione con rabietas o recurra al llanto para conseguir las cosas?:

\_\_\_\_\_.

-¿Ha observado conductas conflictivas como: irritabilidad, agresiones, celos, obstinación?:

\_\_\_\_\_.

-¿Cómo describiría el carácter de su hijo/a?:

-SOCIALE  -TÍMIDO  -DESCONFIADO  -TRANQUILO  -NERVIOSO

-¿Cómo se relaciona su hijo/a con desconocidos adultos y /o niños:

-LE CUESTA AL PRINCIPIO  -SIN NINGÚN PROBLEMA  -CON MUCHAS DIFICULTADES

-Actividades preferidas, ¿a qué suele dedicar el tiempo de ocio en casa? ¿Prefiere jugar solo o en compañía (adultos o niños)?:

\_\_\_\_\_.

-Se fomentan en el niño/a el desarrollo de actividades como modelar con plastilina, colorear, dibujar, recortar, mirar y escuchar cuentos, hacer puzles, jugar con juegos educativos de colores, formas, números, letras...

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

-¿Suele dedicar un tiempo a diario para jugar, contar cuentos... con su hijo/a?:

\_\_\_\_\_

-¿Cuántas horas ve la televisión a diario?, ¿Se seleccionan lo programas y películas que ve el niño/a en función de la edad y los mensajes que puedan transmitir?. ¿Suele ver la televisión solo o acompañado de adultos?:

\_\_\_\_\_

-¿Tiene consolas y videojuegos en casa? ¿ Con qué frecuencia los usa y durante cuánto tiempo?:

\_\_\_\_\_

-¿Los fines de semana y vacaciones se queda el niño/a al cuidado de otras personas (abuelos, niñeras, guarderías...) de forma habitual? :

\_\_\_\_\_

**-Expectativas de la familia hacia la escuela:**

-¿Qué espera que le aporte la etapa de la educación infantil al desarrollo de su hijo/a? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-¿Tiene intención de que su hijo/a asista a clase de religión católica? : Si  No

-¿Tiene intención de que su hijo/a asista a actividades extraescolares dentro o fuera del colegio?:

\_\_\_\_\_

**-Escolaridad previa:**

-¿Ha estado matriculado previamente en guardería, escuela infantil, CAI...?: SI  NO

-En caso afirmativo, indique centro y edad.

Centro ( Nombre y localidad)	Edad

-¿Durante el periodo de asistencia a estos , se le ha informado de algún problema destacable que pueda afectar a su proceso de aprendizaje?:

\_\_\_\_\_

-¿Aporta al centro informes de escolaridad del centro anterior? : SI  NO