



## CUESTIONARIO ADMISIÓN ALUMNOS EDUCACIÓN INFANTIL / PRIMARIA

### DATOS INICIALES

Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Centros donde ha asistido anteriormente (Colegios, guarderías) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lugar \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_  
 Idioma habitual hablado en casa: \_\_\_\_\_ ¿Pronuncia con claridad? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo empezó a hablar? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad anduvo? a los \_\_\_\_\_ meses.  
 Mano que utiliza preferentemente: izquierda  derecha  ambas

### DATOS FAMILIARES:

Nombre padre \_\_\_\_\_ Fecha nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nac. \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_ Horario laboral \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 Nombre madre: \_\_\_\_\_ Fecha nac. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nac. \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_ Horario laboral \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 Domicilio actual \_\_\_\_\_  
 Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos de urgencia: padre: \_\_\_\_\_ madre: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

<u>Hermanos</u>	<u>Fechas nacimiento</u>	<u>Trabaja</u>	<u>Estudia</u>

Lugar que ocupa entre los hermanos \_\_\_\_\_  
 Otros familiares que viven en la casa (parentesco, edad, profesión) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿El niño/niña vive con los padres biológicos? \_\_\_\_\_  
 ¿La familia ha sufrido algún cambio? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo indique con quién/quiénes vive/n el niño/niña (madre, padre, abuelos, tíos, tutor legal) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(Ver dorso) →**

### DATOS MÉDICOS:

Talla actual en cm. \_\_\_\_\_ Peso en kg \_\_\_\_\_

Embarazo: normal \_\_\_\_\_ Parto: normal \_\_\_\_\_

1) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

2) ¿Tiene alguna deficiencia orgánica? \_\_\_\_\_

3) ¿Padece alguna enfermedad? \_\_\_\_\_ Tratamientos: \_\_\_\_\_

4) Alergias \_\_\_\_\_ Especificar a qué \_\_\_\_\_

5) Intolerancias alimenticias \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS:**

Si ha asistido a alguna guardería (“*infantário*”) ¿iba contento/a? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades realiza en casa? \_\_\_\_\_

Habitualmente duerme cada noche, desde las \_\_\_\_\_ h. hasta las \_\_\_\_\_ h. ¿Duerme bien? \_\_\_\_\_

¿Tiene miedo por la noche? \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna dificultad con la comida? \_\_\_\_\_

¿Come de todo? \_\_\_\_\_ ¿Come sin ayuda? \_\_\_\_\_

¿Controla esfínteres? \_\_\_\_\_ De día  De noche

¿Usa pañal? \_\_\_\_\_ de noche

¿Plantea algún problema en la convivencia familiar? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna situación familiar que haya afectado alguna vez a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Por qué quiere matricular a su hijo/a en este centro? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: ¿Quiere añadir algo más? Agradecemos todos aquellos aspectos, referentes al niño o niña y a su entorno, que ayuden al profesorado a alcanzar una mayor comprensión del alumno o alumna, para una mejor adaptación al centro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_