



GOBIERNO DE CANARIAS
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
ANTONIO "EL FARERO"
35014032

Avda. Juan Carlos I, s/n
C. p. 35660 Corralejo-La Oliva
Tfn/fax: 928535723

CUESTIONARIO

Nombre: Apellidos:

Fecha de nacimiento: Lugar:

Domicilio:

Teléfonos:

DATOS FAMILIARES

Familiar	Nombre	Apellidos	Lugar y fecha de nacimiento	Estudios y profesión	Lugar de trabajo	Horario	Teléfono de trabajo
Padre							
Madre							
Hermanos							

Otros familiares que vivan en casa:

.....

.....

Conducta:

¿Suele mostrar su descontento mediante rabietas?

¿Cómo son?

¿Qué suelen hacer para que se le pasen?

Es independiente..... Dependiente.....

¿Necesita estar con adultos?..... Juega solo.....

¿Cuáles son sus juegos más frecuentes?

¿Con quién suele jugar?

Nombres.....

¿Cuales son sus juguetes preferidos?

¿Colabora en alguna tarea doméstica?..... ¿Cuál?

¿Colabora en su propio aseo y vestido?..... ¿Cómo?

¿Suele recoger y ordenar sus juguetes?

¿Cuántas horas al día ve la tv..... ¿Qué programas ve?

Otras actividades.....

HABITOS

Alimentación:

Presenta problemas en las comidas..... Cuales.....

Come sólo lo que le gusta.....

Come muy despacio.....

Hay que darle de comer.....

Alimentos preferidos.....

Sueño:

Duerme solo..... Comparte habitación..... Con quién.....

Duerme en la misma cama con otro miembro de la familia.....

Con quién..... Por qué.....

Duerme de un tirón..... Se despierta por las noches.....

Por qué.....

Necesita que alguien esté con él/ella para dormirse.....

Necesita algún elemento de compañía cuando se va a la cama.....

Cuál.....

Cuántas horas suele dormir cada día.....

Suele dormir la siesta..... Cuánto tiempo.....

Control de esfínteres:

A qué edad empezó a controlar el "pis".....

Se moja en la actualidad durante el día.....

Moja la cama..... Con qué frecuencia.....

Estado actual de los padres (separados, divorciados...)

Responsable en ausencia de los padres:

Modificaciones en la vida familiar (cambios de domicilio, muertes, separaciones etc)

Otras observaciones

ASPECTOS SANITARIOS

Enfermedades importantes que ha tenido el niño:

Enfermedades crónicas:

Operaciones

Accidentes

Dificultades visuales

Dificultades de audición

Alergias

Pies

Vacunas

Padece alguna enfermedad que requiera cuidados especiales?

Especificar que tipo de cuidados

Relaciones personales:

¿Cómo se lleva con el Padre _____ Madre _____ Hermanos _____

Otros adultos _____ Otros niños _____

¿A quién admira? _____

ACTIVIDADES FAMILIARES EN EL TIEMPO LIBRE

En los días festivos _____

En vacaciones _____

HISTORIA ACADÉMICA

¿Ha asistido a alguna guardería? _____ ¿Cuál? _____

Tiempo diario de permanencia _____

¿Desde qué edad? _____ ¿Cómo se adaptó? _____

¿Cómo era la relación con los otros niños? _____

¿Cómo era la relación con la maestra? _____

Sentimientos del niño hacia la escuela actual _____

Relación familia escuela.

Expectativas de educación _____

¿Cree necesario colaborar con la maestra? _____ ¿Por qué? _____

¿Desea participar activamente en la clase de su hijo?

Antecedentes escolares de sus hermanos.

¿Han tenido dificultades para adaptarse al Centro?

¿Cuáles?

Otro tipo de problemas que hayan presentado.

SUGERENCIAS AL COLEGIO Y A LA MAESTRA: