

FICHA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL NIÑO/A

FECHA DE NACIMIENTO.....

Estimadas familias:

Con la finalidad de que el proceso de adaptación de vuestro hijo/a a nuestra escuela, sea lo más individualizado y satisfactorio posible, os rogamos rellenéis esta hoja con detalle y la entreguéis junto con la matrícula.

Durante los primeros días de septiembre realizaremos una reunión para concretar aspectos del periodo de adaptación y las necesidades del comienzo del curso. Una vez iniciado el curso tendremos las entrevistas individuales donde nos conoceremos más ampliamente. Debido a la importancia de dichas reuniones, os rogamos la asistencia a las mismas, dándoos las gracias de antemano por vuestro interés.

El equipo docente de Educación Infantil.

EVOLUCIÓN DEL NIÑO/A

Embarazo normal o con dificultades:

Parto normal o con dificultades:

¿Necesitó atención sanitaria específica?.....

En caso afirmativo, ¿Mantiene algún seguimiento a día de hoy?.....

.....

Estudios médicos o psicológicos realizados

¿Ha recibido algún tratamiento?.....

¿Mantiene algún seguimiento?.....

¿Tiene algún tipo de discapacidad? Señale cual en caso afirmativo.

.....

¿Tiene alguna alergia?

Intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones.....

.....

SITUACIÓN ACTUAL

1- SITUACIÓN FAMILIAR

¿Qué personas viven en el domicilio familiar?

.....

¿Tiene hermanos? ¿Cuántos?.....

Lugar que ocupa

¿Quién lo recogerá habitualmente?.....

2- HÁBITOS personales y DE AUTONOMÍA

Control de esfínteres.

Conseguido de día: SI NO

En caso afirmativo, ¿desde cuándo?.....

Conseguido de noche: SI NO

En caso afirmativo, ¿desde cuándo?.....

Observaciones:.....

.....

Sueño/descanso.

¿Cuántas horas suele dormir a diario?.....

¿A qué hora se acuesta por la noche?.....

¿Duerme solo? SI NO

En caso negativo ¿con quién?.....

¿Tiene miedo por la noche?.....

Observaciones:.....

.....

Alimentación:

¿Come sólo? SI NO

¿Come sólido? SI NO

¿Toma pecho o biberón?

¿Utiliza chupete?

Actitud ante la comida (caprichos, rechazos, aceptación):.....

.....

¿Presenta problemas con algún alimento, texturas..?.....

.....

.....

Autonomía:

¿Desea hacer las cosas por sí mismo? (vestirse, lavarse, calzarse, limpiarse después de ir baño...).....

.....

.....

¿Se le anima a colaborar en alguna tarea de casa? SI NO

3- DESARROLLO

Motor-

¿Cuándo comenzó a andar?.....

¿Tiene seguridad al caminar, saltar y correr? Apoya la planta, camina de puntillas, mete los pies hacia dentro....

.....

¿Tiene algún problema motórico?.....

.....

Lenguaje-

¿A qué edad aproximada emitió las primeras palabras?.....

¿Se comunica a través del lenguaje o utiliza preferentemente otros códigos como gestos, gritos, señas..?.....

.....

¿Habla mucho?.....

¿Habla claro?¿Se comprenden las palabras que utiliza?

¿Comprende cuando le habláis?.....

En caso de que la lengua materna no sea el castellano ¿Qué dominio tiene del idioma? (Nada, palabras sueltas, lo entiende pero no lo habla, lo entiende y habla perfectamente):

.....

¿Ha tenido algún contacto previo con la lengua inglesa?.....

.....

Social-

¿Juega con otros niños/as? SI NO

¿Le gusta jugar sólo o reclama la atención de otros?.....

¿Cuáles son sus juguetes favoritos?

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

¿Cuida y recoge sus juguetes?.....

¿Utilizáis con él /ella algún recurso digital como medio de entretenimiento?

Televisión, tablet, móvil...

SI NO A VECES

¿Con qué frecuencia?

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

Emocional-

¿Acepta y/o manifiesta afecto? SI NO

Razone su respuesta

.....

¿Tiene rabietas? SI NO

En caso afirmativo ¿cuál es el motivo más frecuente?

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

¿Se adapta con facilidad a los cambios en su entorno? Personas, espacios, tiempos...

Razone su respuesta

.....

¿Cómo se relaciona con sus iguales habitualmente?

Manifiesta lloros

Agresiones o conflictos

Colabora

Lidera

Participa

Comparte

Otros.....

Personalidad-

Señale las palabras que mejor define el carácter de su hijo/a:

Alegre Tranquilo Seguro Activo Extrovertido
Triste Inquieto Inseguro Pasivo Introvertido
Caprichoso Agresivo Amigable Miedoso Decidido

¿Qué actividades le gustan más? Señale una o varias

Mirar cuentos Ver la tele Escuchar música
Jugar sólo Jugar con otros niños Hacer puzzles
Dibujar Jugar con muñecos Juegos motrices
Jugar con construcciones

Otras (diga cuáles):.....

.....

4- ESCOLARIZACIÓN

¿Asiste a alguna escuela infantil? SI NO

¿A cuál?.....

Tiempo diario de permanencia.....

¿Desde qué edad?

¿Cómo se adaptó?

5- OTROS DATOS DE INTERÉS

Desean servicio de comedor escolar (Sí, No, A veces).....

Optará por:

Religión Católica Religión Islámica Religión Evangélica

Atención Educativa

Además de lo anterior quiero hacer constar:.....

.....

.....

.....

¡BIENVENIDOS A NUESTRO COLE!