



*Curso: _____
*Fecha del cuestionario: _____

CUESTIONARIO INICIAL DE EDUCACIÓN INFANTIL

1.- DATOS PERSONALES

Apellidos _____
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Lugar de nacimiento _____
Domicilio familiar _____
Teléfono _____ Otros teléfonos de contacto _____ / _____
Lengua que habla en casa _____

2.- COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre del padre _____ Edad _____
Lugar de nacimiento _____ Provincia _____
Estudios _____ Profesión _____
Nombre de la madre _____ Edad _____
Lugar de nacimiento _____ Provincia _____
Estudios _____ Profesión _____
Número de hijos _____ Edades _____

3.- DATOS PSICOMOTORES Y LINGÜÍSTICOS

Edad a la que empezó a andar _____
Parte del cuerpo dominante: Derecha ___ Izquierda ___
Edad a la que empezó a hablar _____ ¿Tiene algún problema lingüístico?: Sí No
En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

4.- ASPECTOS SANITARIOS

Tiene algún problema:

Auditivo	___	Respiratorio	___
Visual	___	Alérgico	___
Cerebral	___	Digestivo	___
Motórico	___	Otros	___

¿Cuáles? _____

Es alérgico a algún medicamento: Sí ___ No ___

En caso afirmativo ¿a cuáles? _____

¿Tiene alguna enfermedad crónica que pueda influir en su escolarización? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, concretar y señalar pautas de actuación _____

5.- HÁBITOS

*Control de esfínteres

Diurno: Si ___ No ___

Nocturno: Si ___ No ___

*Sueño

-Horario _____

-Sueño tranquilo ___

Sueño alterado ___

-Acostumbra a dormir siesta: Si ___ No ___

*Alimentación

-¿Desayuna adecuadamente en casa? Si ___ No ___

-¿Come sólo? Si ___ No ___

-¿Es alérgico a algún alimento? Si ___ No ___

-Señalar a cuáles _____

*Autonomía al realizar diferentes acciones

Sabe:

Vestirse solo Si ___ No ___

Desnudarse solo Si ___ No ___

Lavarse las manos solo Si ___ No ___

Ir solo al baño Si ___ No ___

Recoge sus juguetes Si ___ No ___

6.- ESCOLARIZACIÓN

¿Ha estado escolarizado antes? Si ___ No ___

¿Dónde? _____

¿Desde que edad? _____

7.- PERSONALIDAD Y SOCIABILIDAD

Señale con una cruz las respuestas adecuadas:

Se muerde las uñas ___

Se chupa los dedos ___

Tiene rabietas frecuentes ___

Tiene o ha tenido manías ___

Llora con facilidad ___

Tiene celos ___ ¿De quién? _____

Establece contactos con facilidad ___

Prefiere relacionarse con niños/as ___

Prefiere relacionarse con adultos ___

8.- JUEGO

Prefiere jugar solo ___

Prefiere jugar acompañado ___

Suele jugar preferentemente en casa ___

Suele jugar preferentemente en el parque ___

Prefiere juegos activos ___

Prefiere juegos tranquilos ___

¿Qué es lo que más le gusta hacer a su hijo/a además de jugar? _____

- **Escriba por favor, con sus propias palabras, algún rasgo o comportamiento que predomine en su hijo/a.**

- **Si hay algún dato que usted considere de interés y no haya quedado reseñado anteriormente o desea insistir sobre él, indíquelo.**
