

CUESTIONARIO FAMILIAR CURSO 20 ____ // 20 ____
INICIO ESCOLARIDAD **INFANTIL****Curso en el que se escolariza:** 3 AÑOS ____ 4 AÑOS ____ 5 AÑOS ____ (seleccionar según proceda).**NOMBRE DEL NIÑO/A:** _____

Fecha nacimiento: ____ // ____ // 20____

NOMBRE DEL PADRE (o tutor legal): _____

Edad: ____ Estudios: _____ Profesión: _____ Situación Laboral.: _____

Tfno.: _____ email _____

NOMBRE DE LA MADRE (o tutora legal): _____

Edad: ____ Estudios: _____ Profesión: _____ Situación Laboral.: _____

Tfno.: _____ email _____

NÚMERO DE HERMANOS/AS: ____ Lugar que ocupa: _____**ESCOLARIZACIÓN PREVIA:** ____ ¿Desde qué edad? ____ Horario: _____**DATOS MEDICOS**

Estado de salud general: _____

Intervenciones quirúrgicas-hospitalizaciones: _____

Observaciones médicas significativas: _____

ALIMENTACIÓN

¿Tiene apetito? _____ Alergias: _____

¿Come de todo?: _____

¿Cómo se comporta en la mesa?: _____

¿Come solo/a?: _____ ¿Maneja bien los cubiertos? _____

SUEÑO:

¿Cuántas horas duerme? _____ ¿Qué tal duerme? _____

¿Va tranquilo a la cama? _____ ¿Dónde y con quién duerme? _____

¿Duerme siesta? _____ ¿Utiliza chupete? _____ ¿De día lo usa? _____

¿Tiene miedo? _____ ¿Cuáles? _____

HIGIENE:

¿Se lava el/ella solo/a manos y cara? _____

CONTROL DE ESFINTERES:

Diurno: ¿Controla el pis? _____ ¿Va él/ella solo? _____ ¿Lo pide? _____

¿Controla la caca? _____ Nocturno: ¿Usa pañal? _____ Siesta: ¿Usa pañal? _____

VESTIDO

¿Se quita la ropa? _____

¿Se pone alguna prenda? _____

¿Participa en guardar y preparar su ropa? _____

