

INFORME FAMILIAR INICIAL CURSO ESCOLAR 20__ /20__

1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A.

Nombre: _____ Apellidos: _____

¿Cómo le llaman en casa? _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Domicilio: _____

En caso de incidencia llamar a:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____

¿Utiliza el servicio de aula matinal del centro? SI NO

¿Utiliza el servicio de comedor del centro? SI NO

¿Utiliza el servicio de transporte escolar del Centro? SI NO

¿Asistirá a clases de Religión Católica? SI NO

¿Ha estado en algún colegio o guardería? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Nombre de la guardería o colegio _____

2.-DATOS FAMILIARES.

Madre o tutora legal:

Nombre y apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estudios: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____ Horario de trabajo: _____

Padre o tutor legal:

Nombre y apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estudios: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____ Horario: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Asiste a este centro escolar? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Asiste a este centro escolar? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Asiste a este centro escolar? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Asiste a este centro escolar? _____

Nombre: _____ Edad: _____ ¿Asiste a este centro escolar? _____

¿Cómo es la relación con sus hermanos? _____

¿Tiene celos de algún hermano? _____

Posibles dificultades escolares de los hermanos: _____

El alumno vive con:

- Su madre y su padre
- Su padre
- Su madre
- Otras situaciones: _____

¿Existe algún problema o situación familiar que pueda influir en el niño/a? _____

¿Cuál? _____

3.- DATOS MÉDICOS.

¿Precisó incubadora o algún tratamiento al nacer? _____

Enfermedades que ha padecido: _____

Intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones: _____

Alergias: _____

¿Requiere algún tipo de tratamiento o cuidado? _____ ¿cuál? _____

Otras observaciones: _____

Presenta algún problema:

- Auditivo
- Visual
- Digestivo
- Lingüístico
- Cerebral
- Respiratorio
- Motor
- Otros _____

4.- ALIMENTACIÓN.

¿Presenta dificultades para comer? _____

¿Toma todo tipo de alimentos? _____

¿En qué consiste su desayuno? _____

¿Come sólo lo que le gusta? _____

¿Come sólo? _____

¿Come los alimentos triturados? _____

¿Tiene alergia a algún alimento? _____ ¿a cuáles? _____

5.- DESCANSO.

¿Duerme tranquilo? _____ ¿Duerme con algún objeto que le gusta? _____
 ¿Necesita estar con alguien para dormirse? _____ ¿Con quién? _____
 ¿Se acuesta en su cama o es necesario llevarle cuando está dormido? _____
 ¿A qué hora se acuesta? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____
 ¿Se despierta por la noche? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Comparte habitación? _____ ¿Con quién? _____
 ¿Duerme siesta? _____ ¿Utiliza el chupete para dormir? _____
 Otras observaciones: _____

6.- HIGIENE Y CONTROL DE ESFÍNTERES.

¿Se lava las manos y las cara solo/a? _____ ¿Colabora al vestirse? _____
 ¿Usa pañales durante el día? _____ ¿Y durante la noche? _____
 ¿Pide ir al baño? _____ Otras observaciones: _____

7.- DESARROLLO DEL NIÑO/A Y AUTONOMÍA PERSONAL.

¿A qué edad comenzó a andar? _____
 ¿Tiene dificultades para el movimiento? (pies planos, problemas posturales, etc.)

 ¿A qué edad comenzó a decir sus primeras palabras? _____
 ¿Sus palabras son inteligibles? _____ ¿Habla mucho o poco? _____
 ¿Tiene algún problema de articulación? _____ ¿Cuál? _____
 Necesita ayuda para:
 Vestirse Calzarse Comer Lavarse
 ¿Juega solo o con amigos? _____ ¿Con quién suele jugar? _____
 ¿Le gusta estar con otros niños? _____
 Juegos más frecuentes _____ ¿Recoge sus juguetes? _____
 ¿Qué mano utiliza preferentemente? Derecha Izquierda

8.- RASGOS PSICOLÓGICOS.

¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a? (marque lo que proceda?)
 Alegre Decidido Seguro Activo Cariñoso
 Triste Tímido Inseguro Tranquilo Agresivo
 ¿Llora con frecuencia? _____ ¿por qué motivos? _____
 ¿Tiene rabietas? _____ ¿por qué son motivadas? _____
 ¿Cómo describiría a su hijo/a? _____

9.- NORMAS EDUCATIVAS.

¿Se ponen de acuerdo ambos padres para elegir las normas y límites en casa? _____

¿A cuál de los padres les resulta más fácil aplicarlos y por qué? _____

¿Dónde encuentran más dificultades? _____

10.- ACTIVIDADES DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.

¿Qué actividades realizan cuando están todos juntos? _____

Entre semana, ¿qué hace su hijo/a por las tardes? _____

¿Cuántas horas diarias aproximadamente ve su hijo la TV? _____

11.- OTROS DATOS.

Escriba alguna observación o indicación que pueda ayudarnos a conocer mejor a su hijo u otros datos que le gustaría contarnos: