

CUESTIONARIO INICIAL (Nivel: 3 años)

. **Aportar cumplimentado en la entrega del material**

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

.Nombre y apellidos:.....

.Fecha de nacimiento:.....

.Domicilio habitual:.....Telef.

DATOS FAMILIARES:

.Nombre y apellidos del padre o tutor:.....

.Fecha de nacimiento:.....Profesión.....Telef:

.Nombre y apellidos de la madre o tutora:.....

.Fecha de nacimiento:.....Profesión.....Telef:

.Nº de hermanos..... Lugar que ocupa entre ellos:.....

DATOS MÉDICOS:

.Enfermedades o alergias que padece:

.¿Ha sido operado? SÍ NO En caso afirmativo, fecha de la operación:

.¿Hubo problemas durante el embarazo y/o parto?

HÁBITOS:

1.- De alimentación:

.¿Cuántas comidas hace al día?..... ¿A qué horas?.....

.¿Tiene buen apetito?..... ¿Tiene problemas con la comida?.....

.¿Cuáles?.....

.¿Tiene alguna alergia a los alimentos?.....

.¿Se le deja comer solo/a?..... ¿Usa algún cubierto?.....

2.- De sueño:

- .¿Duerme en la habitación solo/a o acompañado?.....
- .¿Cuántas horas duerme?..... ¿Se duerme con facilidad?.....
- .¿Tiene algún juguete con el que se duerma?.....
- .¿Tiene miedos nocturnos?

3.- De higiene y autonomía personal:

- .¿Se lava las manos y la cara solo/a?
- .¿Presenta alergia a algún tipo de jabón, gel,etc?.....
- .¿Se viste solo/a?

4.- Control de esfínteres:

- .¿Controla esfínteres? (pipí y caca)..... ¿Va solo/a al wáter?.....

5.- De juego:

- .¿Se le proporcionan objetos y juguetes variados?.....
- .¿Cuáles?.....
- .Juguetes y juegos preferidos.....
- .¿Se entretiene más jugando solo/a o acompañado/a?.....

VIDA RELACIONAL:

1.- Relación con los objetos en el espacio donde habita:

- .Posibilidad de disfrutar de espacios exteriores (jardines, parques..):
- .¿Cuántas horas al día ve la TV?..... ¿Cuáles son sus programas favoritos?.....
-
- .¿Se le proporciona aparatos electrónicos para su entretenimiento? (móviles, tablet..):

2.- Relación con los adultos:

- .El niño/a está principalmente con (padre, madre, ambos, otra persona):.....
- .¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos?..... ¿Lo hace a menudo?.....
- .¿Se relaciona sin problemas con otros adultos?.....

3.- Relación con otros niños:

. Si tiene hermanos, tipo de relación:.....

.¿Se relaciona con otros niños/as en lugares abiertos?.....

NIVEL MADURATIVO:

1.- Lenguaje:

.¿A qué edad empezó a emitir sus primeras palabras?.....

.¿Se le entiende fácilmente lo que habla?..... ¿Habla mucho o poco?

.¿Se apoya mucho más en el lenguaje gestual que en el oral?.....

.¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan sus mismas expresiones?.....

2.- Motor:

.¿A qué edad inició la marcha?..... ¿Tiene una marcha segura o vacilante?.....

.Dificultades en el movimiento (pies, problemas posturales, poca agilidad de movimientos, etc)

.....

3.- Emocional:

.¿Es nervioso/a o tranquilo/a en casa?..... ¿Coge rabietas a menudo?.....

.¿Con quién se siente más apegado/a (padre, madre, ambos, abuelos...):

ASISTENCIA A OTROS CENTROS:

.¿Es la primera vez que va a la escuela?.....¿Cuánto tiempo ha estado escolarizado
anteriormente?

OTRAS OBSEVACIONES DE INTERÉS:

.....

.....

LAS TUTORAS.