

## DATOS FAMILIARES

### ALUMNO/A:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### Dirección:

Calle \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfonos PADRE \_\_\_\_\_ teléfono MADRE \_\_\_\_\_

Teléfono de urgencia 1: \_\_\_\_\_ parentesco con alumno@ \_\_\_\_\_

Teléfono de urgencia 2: \_\_\_\_\_ parentesco con alumno@ \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### PADRE O TUTOR:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ ¿Trabaja? \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

### MADRE O TUTORA:

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ ¿Trabaja? \_\_\_\_\_

Estudios realizados: \_\_\_\_\_

### HERMANOS:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Qué lugar ocupa entre ellos? \_\_\_\_\_

¿Convive alguna persona más en la unidad familiar? \_\_\_\_\_

### SALUD

¿Fue prematuro en su nacimiento? \_\_\_\_\_

¿Tuvo algún problema al nacer? \_\_\_\_\_

Enfermedades que ha padecido:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha sido operado? \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algo? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de tratamiento frecuente? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a andar? \_\_\_\_\_ ¿Y a hablar? \_\_\_\_\_

### ALIMENTACIÓN

¿Toma todo tipo de alimentos? \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su desayuno? \_\_\_\_\_

## DESCANSO

¿Duerme tranquilo \_\_\_\_\_

¿Tiene pesadillas? \_\_\_\_\_

## AUTONOMÍA

¿Va solo al servicio? \_\_\_\_\_

¿Tiene miedo de algo en particular? \_\_\_\_\_

¿Controla sus esfínteres? \_\_\_\_\_ ¿Durante el día? \_\_\_\_\_ ¿Y por la noche? \_\_\_\_\_

## PERSONALIDAD DEL NIÑO

¿Cómo cree que es el carácter de su hijo/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Llora con frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades le gusta hacer en casa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha asistido a guardería? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Qué mano utiliza preferentemente? \_\_\_\_\_

## LENGUAJE

¿Habláis con el niño con lenguaje de adulto o infantilizado? \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares con dificultades del lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Leéis cuentos al niño? \_\_\_\_\_

¿Utiliza tablets, móviles? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo al día? \_\_\_\_\_

¿Habéis observado dificultades auditivas o visuales \_\_\_\_\_



Castilla-La Mancha

Consejería de Educación, Cultura y Deportes  
CEIP Fernando Martín  
C/Consuegra, 35  
45400 MORA (TOLEDO)  
Telf.: 925 34 04 92 (Centro) 648163458 (Dirección)  
609041090 (Educación infantil)  
45001672.cp@edu.jccm.es



## OTRAS OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---