



**CUESTIONARIO INICIAL PARA PADRES
PRIMERO DE EDUCACIÓN INFANTIL**



DATOS DEL ALUMNO:

Nombre y apellidos:			
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento:	
Domicilio:		Localidad:	C.P.:
Teléfonos por orden de prioridad:			
Correo electrónico:			

DATOS FAMILIARES:

	Nombre y apellidos	Profesión	Edad
Padre			
Madre			
Nº de hijos:	Lugar que ocupa:		

CENTROS PREVIOS:

¿Ha asistido anteriormente a alguna guardería? _____ ¿Cuál? _____

¿Desde qué edad? _____ ¿Cuánto tiempo al día? _____

¿Cómo se adaptó? _____

¿Cómo ha sido su relación con los otros niños/as? _____

ASPECTOS SANITARIOS:

¿Hubo algún problema durante el embarazo o en el parto? _____

¿Cuál? _____

¿Ha sufrido alguna hospitalización? _____ ¿Cuánto tiempo duró? _____

Causa _____

¿Qué enfermedades ha tenido? _____

NIVEL MADURATIVO:

Lenguaje:

¿A qué edad comenzó a decir sus primeras palabras? _____

¿Se entiende su lenguaje? _____ ¿Habla mucho o poco? _____

¿Se le habla con un lenguaje de adultos o se repiten sus propias expresiones?

¿Se le corrige si alguna palabra es mal pronunciada? _____

Motor:

¿A qué edad comenzó a andar? _____

¿Tiene marcha segura o vacilante? _____

¿Presenta dificultades en el movimiento? _____

Relación con los adultos:

¿El niño/a está principalmente con el padre, la madre u otros adultos?

¿En qué momentos está principalmente con el padre?

¿En qué momentos está principalmente con la madre?

¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos? _____

¿Lo hacen con mucha frecuencia? _____

¿Se relaciona sin problemas con otros adultos? _____

¿Le gusta visitar a familiares, amigos, vecinos, etc.? _____

Relación con otros niños:

¿Tipo de relación con sus hermanos? _____

¿Suele salir de paseo a lugares dónde hay otros niños? _____

¿Se relaciona bien con ellos? _____

¿Acuden niños/as a su casa para jugar con él/ella? _____

Juegos:

¿Cuáles son sus juguetes preferidos? _____

¿Con quién suele jugar? _____

¿Dónde suele jugar cuando está en casa? _____

¿Ve la televisión? _____ ¿Cuánto tiempo al día? _____

¿La ve sólo o acompañado por alguien? _____

¿Le gustan los cuentos? _____ ¿Modela? _____ ¿Pinta? _____

HÁBITOS:

Alimentación:

¿Come solo? _____ ¿Come sólido o triturado? _____

¿Usa algún cubierto? _____ ¿Cuáles? _____

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

¿Cómo lo manifiesta? _____

¿Tiene alergia a algún alimento? _____

Sueño:

¿Duerme solo? _____ ¿Con quién? _____

¿Se duerme con facilidad? _____ ¿Cuántas horas duerme? _____

¿Duerme la siesta? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Necesita que alguien o algo esté con él/ella para dormirse? _____

Higiene:

¿Se lava las manos y la cara solo? _____ ¿Se seca las manos y la cara solo? _____

¿Presenta alergia a algún tipo de producto de aseo? _____

Control de esfínteres:

¿Controla el pis? _____ ¿Controla las cacas? _____ ¿Va solo al baño? _____

¿Moja la cama? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

CONDUCTA: Señalen con una X los aspectos comportamentales que caracterizan a su hijo en sus relaciones familiares:

Caprichoso	<input type="checkbox"/>	Dominante	<input type="checkbox"/>	Ordenado	<input type="checkbox"/>
Nervioso	<input type="checkbox"/>	Triste	<input type="checkbox"/>	Alegre	<input type="checkbox"/>
Distraído	<input type="checkbox"/>	Tímido	<input type="checkbox"/>	Egoísta	<input type="checkbox"/>
Desobediente	<input type="checkbox"/>	Sumiso	<input type="checkbox"/>	Movido	<input type="checkbox"/>
Independiente	<input type="checkbox"/>	Tranquilo	<input type="checkbox"/>	Abierto	<input type="checkbox"/>

¿Se coge rabietas a menudo? _____ ¿Cómo las manifiesta? _____

Describan con sus palabras cómo es su hijo:

OBSERVACIONES:

Si hay algún dato que consideran de interés y que no haya sido reseñado, o sobre el que desean dar mayor información, indíquenlo:

Firma del padre

Firma de la madre

Briviesca, _____ de junio de 202__