



FOTO

ENTREVISTA INICIAL CON LAS FAMILIAS

INSCRIPCIÓN

GRUPO: 0 A 3 AÑOS



DATOS PERSONALES DEL NIÑO

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

¿HA ASISTIDO A OTRO CENTRO ANTERIORMENTE?

NOMBRE DEL CENTRO

¿CÓMO FUE EL EMBARAZO?

¿Y EL PARTO?

DATOS FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

DIRECCIÓN:

D.N.I.

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

PROFESIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE:

DIRECCIÓN:

D.N.I.

FECHA DE NACIMIENTO:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

PROFESIÓN:

RESPONSABLE EN AUSENCIA DE LOS PADRES:

TELÉFONO:

HERMANOS DEL NIÑO:

EDADES:

LUGAR QUE OCUPA:

OTRAS PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL NIÑO:

DATOS DE ESCOLARIZACIÓN

HORARIO ELEGIDO:

DATOS DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO:

Nº DE CUENTA:

HÁBITOS

ALIMENTACIÓN

¿CUÁNTAS TOMAS HACE AL DÍA?

¿A QUÉ HORAS?

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA CON LAS TOMAS?

¿CUÁLES?

¿COME SOLO O CON AYUDA?

¿ENTERO O TRITURADO?

¿ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO?

¿QUÉ ALIMENTOS SE LE HAN INTRODUCIDO?

¿QUÉ ACTITUD MUESTRA ANTE LA COMIDA?

¿QUÉ CANTIDAD DE PURÉ COME?

¿CÓMO HACES EL PURÉ? Que verduras le pones, si le pones aceite crudo...

SE RUEGA NOS COMUNIQUES LOS CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

DESCANSO

¿CÓMO SE DUERME?

¿DUERME SOLO EN SU HABITACIÓN?

¿CON LUZ?

¿DUERME SIESTAS?

¿A QUÉ HORAS?

¿TIENE ALGÚN OBJETO PARA DORMIRSE?

¿QUÉ POSTURA PREFIERE PARA DORMIR?

HIGIENE

¿SE BAÑA DIARIAMENTE?

¿A QUÉ HORA?

¿LE GUSTA?

¿QUIÉN LE BAÑA?

¿PRESENTA ALGUNA ALERGIA A ALGÚN TIPO DE JABÓN, GEL, CREMA, PAÑAL?

¿SE QUEJA SI TIENE EL PAÑAL SUCIO?

VIDA RELACIONAL

RELACIÓN CON LAS PERSONAS

SE PASA EL DÍA PRINCIPALMENTE CON

¿SE LE SACA DE PASEO A LUGARES EN LOS QUE HAY OTROS NIÑOS?

¿CÓMO ES SU RELACIÓN CON LOS ADULTOS? (extraña, llora, sonríe...)

¿DEMANDA ESTAR EN BRAZOS?

SI TIENE HERMANOS ¿CÓMO ES SU RELACIÓN?

¿SE MUESTRA CÓMODO CUANDO ESTÁ DESPIERTO EN LA CUNA, CARRITO O HAMACA?

¿ES CAPAZ DE SUJETAR UN SONAJERO EN LA MANO Y AGITARLO?

NIVEL MADURATIVO

LENGUAJE

¿EMITE ALGÚN GORGOTEO?

¿RELACIONA PALABRA CON SIGNIFICADO?

¿SE LE HABLA CON LENGUAJE ADULTO?

¿EXPRESA MEDIANTE SONIDOS SUS EMOCIONES?

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE COMUNICACIÓN O EXPRESIÓN?

¿TIENE UN VOCABULARIO HABITUAL INTELIGIBLE?

MOTOR

¿SE MANTIENE SENTADO SOLO? ¿GATEA? ¿ANDA? ¿DESDE CUÁNDO?

BOCA ABAJO ¿LEVANTA LA CABEZA?

¿HA COMENZADO A DARSE LA VUELTA EL SOLO?

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MOTOR?

CONTROL DE ESFÍNTERES

¿LLEVA PAÑAL? ¿DESDE CUÁNDO? ¿Y POR LA NOCHE?

EMOCIONAL

EL NIÑO/A ES: Tranquilo Nervioso Movido

¿QUÉ ASPECTOS DESTACA EN ÉL Y PORQUÉ?

¿EN QUÉ LE GUSTARÍA VER PRIORITARIAMENTE MEJORAR A SU HIJO/A?

ENFERMEDADES

¿HA SUFRIDO ALGUNA HOSPITALIZACIÓN? ¿CAUSA?

ENFERMEDADES QUE HA TENIDO

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? ¿CUAL?

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA REGULAR?

EN CASO DE FIEBRE ALTA ¿NOS AUTORIZAS A DARLE APIRETAL O DALSY?

En caso positivo firma aquí:

AUTORIZADOS A RECOGER EL NIÑO:

NOMBRE:

DNI:

NOMBRE:

DNI:

NOMBRE:

DNI:

NOMBRE:

DNI:

NO RECOGERÁ EL NIÑO/A NINGUNA PERSONA QUE NO ESTÉ AUTORIZADA,
LOS PADRES TENDRÁN QUE AVISAR CON ANTELACIÓN Y DECIR QUIÉN VA A VENIR.

FIRMA:



ESCUELA INFANTIL

pequeños



Ptda. Maitino pol. 1, 13
Ctra. Elche - L'Altet km. 2
Tel. 96 542 40 85
Móv: 644 441 805

www.pequecorazones.es