



Fecha / /

Grupo

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos

Fecha de nacimiento

Lugar

DNI (si tiene)

Nacionalidad

Número de Afiliación a la Seguridad Social

Dirección Familiar

Teléfono Madre

Teléfono Padre

Contacto en caso de necesidad

Teléfono

Nombre y Apellidos de los adultos autorizados para recoger al niño/a del centro

DNI

DNI

DATOS DEL PADRE

Nombre y Apellidos

DNI

Edad

Profesión

Lugar de trabajo

Horario

Teléfono

Correo electrónico

DATOS DE LA MADRE

Nombre y Apellidos

DNI

Edad

Profesión

Lugar de trabajo

Horario

Teléfono

Correo electrónico

HERMANOS

Nombre, edad y centro en el que está escolarizado

Lugar que ocupa entre ellos/as

Otras personas que conviven en casa con el niño/a

Familiar con el que más se relaciona



ALIMENTACIÓN

¿Toma los alimentos en triturados o enteros?

¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento? Si es afirmativo, indicar a cuáles (Adjuntar informe médico si come en el centro)

¿Plantea problemas a la hora de comer? ¿Cuáles?

Alimentos preferidos

¿Qué alimentos rechaza por completo?

SUEÑO · BEBÉS ·

¿Plantea problemas antes, durante o después de dormir? ¿Cuáles?

¿Cómo responde al adulto cuando surgen problemas?

¿Dónde duerme?

¿Con quién?

¿Tiene pesadillas? ¿Con qué frecuencia?

¿Usa chupete?

Postura durante el sueño

¿Se duerme en brazos, con canciones o acunándolo?

Otros hábitos

ESCOLARIZACIÓN

¿Ha estado escolarizado anteriormente?

¿Desde qué edad?

¿En qué centro/s?

¿Qué espera de la escolarización del niño/a en el centro?



PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO

¿Le gustaría participar en la creación de algún taller? ¿Cuál?

¿Acudiría al centro a contar cuentos o cantar canciones?

¿Participaría en la organización de fiestas?

¿Cooperaría en las actividades que impliquen la salida del centro?

Sugerencias

OBSERVACIONES