

FICHA ALUMNO/A 2 AÑOS

1. DATOS PERSONALES DE ALUMNO/A

Nombre alumno/a.....

Apellidos.....

Fecha de nacimiento.....Lugar.....

Domicilio.....C.P.....

Apodo al que responde

Teléfonos de referencia:

Domicilio..... Móvil madre..... Móvil padre.....

Teléfonos en caso de no localizar a los padres:.....

.....

.....

¿A qué guardería ha asistido anteriormente?.....

2. DATOS FAMILIARES:

Madre/Padre/Tutor:

Nombre: _____ Apellidos _____

Profesión _____ Edad _____

Horario trabajo.....

Madre/Padre/Tutor:

Nombre: _____ Apellidos _____

Profesión _____ Edad _____

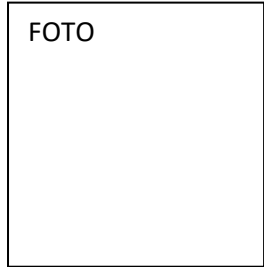
Horario trabajo.....

Número de hermanos/as.....Lugar que ocupa entre ellos/as.....

Edades.....Otras personas que conviven en el domicilio familiar.....

.....

¿con quién pasa más tiempo su hijo/a?.....



pdfelement

3. EMBARAZO Y PARTO:

El embarazo transcurrió con: normalidad complicaciones.....

¿Cuáles?.....

El parto fue con normalidad complicaciones.....

¿Cuáles?.....

4. ASPECTOS SANITARIOS:

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?.....

.....

¿Tiene algún problema? Auditivo () Visual () Motriz () Enfermedad crónica ()

.....

.....

Vacunas:.....

Operaciones:.....

Alergias:.....

¿Presenta intolerancia a algún alimento?.....

Observaciones.....

.....

5. HÁBITOS :

- **Alimentación:** ¿Tiene problemas con la comida?.....¿Cuáles?.....

.....

¿Tiene alergia a algún alimento?.....

¿Qué actitud manifiesta a la hora de la comida?.....

.....

Observaciones:.....

.....

- **Sueño:** ¿Cuántas horas duerme durante el día?.....

¿Se acompaña de algún objeto para conciliar el sueño?

¿Tiene alguna alteración de sueño ?.....

Observaciones.....

• Autonomía: ¿Come o bebe sólo?.....

• ¿Le gusta el baño? ¿Juega? ¿le bañáis diariamente sobre qué hora?.....

• Controla esfínteres:

Diurno _____ Nocturno _____

¿Cómo lo pide? gestos palabras va solo al aseo

¿Alguna dificultad?.....

Cuántos cambios de pañal le realizáis al día¿Le gustan que le cambien?.....

• Al vestirse.....

Observaciones:.....

6.DATOS LINGÜÍSTICOS:

• ¿A qué edad empezó a hablar?.....

• ¿Se entiende lo que dice?..... ¿Habla mucho o poco?.....

• ¿Se apoya más en el lenguaje gestos que en el oral?.....

• ¿Comprende órdenes sencillas?.....

• Observaciones:.....

7.DATOS PSICOMOTORES:

• ¿Ha gateado, mucho o poco?.....

• Edad en que empezó a andar.....

- Problemas motores (pies, problemas posturales, dificultades mano o pie, poca agilidad, movimiento)

.....

- Parte del cuerpo dominante: derecha..... Izquierda.....

- Observaciones:.....
.....

8. COSTUMBRES

- ¿Qué tipos de juegos le gustan a su hijo/a?

.....

- ¿Qué juguetes son sus preferidos?.....

.....

- ¿Qué programa de televisión suele ver?.....

9. Cómo definirías a tu hijo/a emocionalmente (alegre, miedoso, caprichoso sensible, coge rabietas, sociable, tranquilo) en casa y socialmente (con adultos y otros niños/as):

.....
.....
.....
.....

OTRAS OBSERVACIONES:

.....
.....
.....
.....