

FICHA ALUMNO/A

1.DATOS PERSONALES DE ALUMNO/A

Nombre y apellidos

Apodo al que responde

FOTO
(a rellenar por el centro)

¿A qué guardería ha asistido anteriormente?

¿Con quién pasa más tiempo su hijo/a?

2.EMBARAZO Y PARTO

El embarazo transcurrió con: normalidad complicaciones

¿Cuáles?

El parto fue con: normalidad complicaciones

¿Cuáles?

3.ASPECTOS SANITARIOS

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?

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

Vacunas

Operaciones

Alergias

Observaciones

4. HÁBITOS

Alimentación:

¿Tiene problemas con la comida?

¿Cuáles?

¿Tiene alergia o intolerancia 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?

¿Desea hacer las cosas por si mismo?

Controla esfínteres:

Diurno

Nocturno

¿Cómo lo pide? (gestos, palabras...)

Va solo al aseo

¿Alguna dificultad?

¿Le gusta que le cambien el pañal?

5. DATOS LINGÜÍSTICOS

¿A qué edad empezó a hablar?

¿Se entiende lo que dice?

¿Habla mucho o poco?

¿Se apoya más en el lenguaje gestual que en el oral?

¿Comprende órdenes sencillas?

Observaciones

6. 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:

7. COSTUMBRES

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

¿Qué juguetes son sus preferidos?

¿Qué programa de televisión suele ver?

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

OTRAS OBSERVACIONES: