



INFORME DEL ALUMNO

CLASE: LES FORMIGUES

DATOS ESCOLARES

Nombre y apellidos: _____

Fecha de matriculación: _____

Fecha de inicio curso escolar: _____

Horario escolar _____

¿Ha asistido a alguna otra escuela anteriormente? _____

¿A cuál? _____

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos de la madre _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar _____

Tiempo de residencia en Cataluña _____

Lengua habitual _____ Lengua hablada con el niñ@ _____

Nivel de estudios _____ Profesión _____

Horario de trabajo _____ Empresa _____

Nombre y apellidos del padre _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Lugar _____

Tiempo de residencia en Cataluña _____

Lengua habitual _____ Lengua hablada con el niñ@ _____

Nivel de estudios _____ Profesión _____

Horario de trabajo _____ Empresa _____

SITUACIÓN FAMILIAR

Vive con la madre y el padre.

Vive con la madre.

Vive con el padre.

Otras situaciones familiares (por ejemplo, adoptado...) _____

Personas que viven en casa _____

EMBARAZO Y PARTO

¿Fue buscado o aceptado? _____

Duración _____ meses/semanas.

Incidentes (enfermedades, accidentes, operaciones, abortos previos, disgustos muy fuertes, ataques, hemorragias, asma, contacto con rayos x, hipertensión, etc....) _____

¿Parto normal o cesárea? _____

¿Tuvo algún tipo de problema durante el parto? (fórceps, pinzamiento del cordón umbilical, falta de oxígeno, algún sufrimiento del niñ@...) _____

Medida al nacer _____ Peso al nacer _____

ALIMENTACIÓN

¿Toma pecho o alimentación complementaria? _____

¿Come triturado? _____ ¿ Le gusta todo lo que ha probado hasta ahora? _____

¿Suele tener hambre o le cuesta comer? _____

¿Tiene un horario para comer fijo? _____

¿Alguna intolerancia o alergia? _____

SUEÑO

¿Duerme en habitación propia o compartida? _____

¿Con quién? _____

¿Duerme por la mañana? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Tiene un horario fijo para dormir al mediodía? _____

¿Qué horario? _____

¿Tiene un horario fijo para dormir de noche? _____

¿Qué horario? _____

¿Usa chupete? _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

¿Ha empezado a ponerse de pie o dar primeros pasos? _____ meses

¿Gatea? _____ ¿Con qué tiempo? _____ meses

¿Se da la vuelta por sí sol@ o se desplaza arrastrándose de alguna manera? _____

¿Tiene algún tipo de problema motor? _____

DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿Muestra algún tipo de reacción cuando se le habla, canta, etc...?

¿Balbucea? _____

¿Te sigue con la mirada si le hablas o mueves algo de sitio? _____

AUTONOMIA

¿Depende mucho del chupete, si lo usa? _____

¿Está acostumbrado a estar en brazos? _____

SALUD

Enfermedades que haya
sufrido (fecha) _____

¿Le han operado de algo?
(fecha) _____

¿Sigue algún tratamiento
especial? _____

¿Tiene algún tipo de alergia? _____

OTRAS OBSERVACIONES QUE CREAN QUE NECESITEMOS SABER DEL
DESARROLLO GLOBAL DE SU HIJ@

