



Colegio Concertado  
"SANTA M.<sup>a</sup>. MICAELA"  
Medina Olmos, 9  
GRANADA

## CUESTIONARIO PARA LA FAMILIA DEL ALUMNO/A

Fecha de ingreso.....

- La información que se les pide es para bien de su hijo/a
- Queremos conocerle mejor para ayudarle como persona en sus estudios.
- Conteste este cuestionario de la manera más exacta posible.
- Esta información es confidencial y de uso exclusivamente restringido a los profesionales de la educación, directamente implicados en la educación de sus hijos/as.
- Su colaboración sincera repercutirá en una mayor calidad de atención individualizada de su hijo/a.

**ALUMNO/A:**

**Apellidos.....Nombre.....**

**Etapas/cursos: .....**

## DATOS PERSONALES Y FAMILIARES DEL ALUMNO/A

Edad \_\_\_\_\_ Nació en \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) el \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Domicilio\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Teléfono\_\_\_\_\_

**PADRE:** Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Profesión\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_

Empresa de trabajo\_\_\_\_\_

**MADRE:** Apellidos\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Profesión\_\_\_\_\_ Edad\_\_\_\_\_

Empresa de trabajo\_\_\_\_\_

Hijos/ as de la familia (Incluido el alumno)

Nº	SEXO	EDAD	PROFESIÓN
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Otras personas que conviven con la

Familia\_\_\_\_\_

¿Su salud es normalmente buena?\_\_\_\_\_

¿El parto fue normal?\_\_\_\_\_

¿Se le ha apreciado algún defecto visual/auditivo/motórico?\_\_\_\_\_

¿Qué enfermedades o lesiones graves ha tenido o tiene?\_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas\_\_\_\_\_

¿Duerme bien?\_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas?\_\_\_\_\_

¿Tiene buen apetito?\_\_\_\_\_

¿Qué mano utiliza normalmente?\_\_\_\_\_

¿Tuvo dificultades para andar y/o hablar?\_\_\_\_\_

¿Cómo cree que es su hijo/a?\_\_\_\_\_

Señale con una <X>

<input type="checkbox"/>	Desenvuelto	Tímido	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Inquieto	Tranquilo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Impulsivo	Reflexivo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Rebelde	Dócil	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No sensible	Sensible	<input type="checkbox"/>

¿En qué emplea el tiempo libre? (Señale con una X)

	Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo
¿Juega con otros niños?					
¿Juega solo?					
¿Lee?					
¿Ve la televisión?					
¿Juega con el ordenador o videoconsola?					
¿Juega en Internet?					

Respecto a sus destrezas: (señale con una X)

Tiene dificultades Para	Correr	Subir y bajar escaleras	Manipular objetos pequeños	Hablar	Comprender	Comunicarse con otros niños	Comunicarse con adultos

Otras Observaciones que Vds. desean que conozcamos de su hijo/a

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el caso de que su hijo/a haya asistido con anterioridad a otro Centro (E. Infantil, Preescolar; Jardín de infancia), indíquelo por favor:

CENTRO	EDAD	TIEMPO

¿Qué interés demuestra su hijo/a por asistir al colegio?

(Señale con una X)

Nada	Poco	Regular	Mucho	Muchísimo

Consigne los teléfonos a los que se debe de llamar en caso de accidente de su hijo/a

-----  
 -----

En caso de tener que llevar a su hijo/a un Centro de salud/Hospital, especifique cual:

-----

En caso de ser alérgico a algún alimento, medicamento, etc. indíquelo

-----

Otras observaciones que Vds. deseen que conozcamos de su hijo/a

-----

-----

-----

Emitió el informe: \_\_\_\_\_

Granada a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN