



Colegio Concertado
"SANTA M.^a. 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