Fecha:………………………..

**EVALUACIÓN INICIAL – Curso 2017/2018**

Nacidos en 2016 y 2017.

**Entregar a la tutora** en el momento de la incorporación de la/del niña/o a la Escuela Infantil.

**Datos de la/del alumna/o:**

Nombre.............................................

Apellidos

Fecha de nacimiento

Teléfono de urgencia

Dirección de correo electrónico

Domicilio......................................

**Datos familiares:**

Vínculo con el/la niño/a: Nombre

Apellidos

Telf. Móvil Telf. Trabajo

Trabajo

Vínculo con el/la niño/a: Nombre

Apellidos

Telf. Móvil Telf. Trabajo

Trabajo

Nº de hermanos Lugar que ocupa entre ellos

Personas que conviven en la casa

Observaciones

**Aspectos sanitarios:**

Embarazo: Normal  Complicaciones

Parto: Normal  Complicaciones

Lactancia: Natural  Duración………………… Artificial

Enfermedades padecidas:

¿Tiene piel atópica?

¿Ha padecido alguna reacción alérgica a algún alimento ?............................. ¿Cuál o cuáles?

¿Necesita dieta especial?.............. ¿Cuál?

¿Ha tenido alguna reacción alérgica al LATEX? (Presente en chupetes, tetinas, juguetes, material escolar, guantes, globos, etc.? ………………………………………………………………………………

Otros datos

\*SI LA RESPUESTA A ALGUNA DE ESTAS PREGUNTAS ES AFIRMATIVA, DEBE ENTREVISTARSE CON LA DIRECTORA QUIEN LE SOLICITARÁ LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE ALERGIAS E INTOLERANCIAS.

**Hábitos:**

Alimentación:

¿Toma el pecho?........................En caso afirmativo: ¿lo toma a demanda?

¿En un horario fijo?

¿Toma biberón?

¿Cuántas comidas hace al día?

¿Come solo comida pasada?

Entre comidas ¿toma agua o manzanilla?........................... ¿Vaso o biberón?

¿Está empezando a masticar algunos alimentos?

¿Utiliza la cuchara? ¿El tenedor?

¿Qué alimentos le están introduciendo?

¿Come de todo?....................... ¿Tiene buen apetito?

Alimentos preferidos:

Alimentos que no le gustan:

Problemas de: Deglución  Masticación  Digestión  Alergias  Diarrea  Estreñimiento

¿Come solo o con la familia?

Observaciones:

Sueño:

Horario de sueño: ¿Duerme bien?

¿Qué postura es su preferida a la hora de dormir?

¿Duerme solo? ¿Duerme siesta?

¿Utiliza algún objeto o juguete para dormir? ¿Cual?

(Rogamos lo traigan hasta su adaptación)

¿Qué hacéis cuando no se duerme?

Observaciones:

**Autonomía**

¿Se mantiene sentado?................... ¿Se arrastra?.................... ¿Voltea?.................... ¿Gatea?.................

¿Se mantiene de pie? ¿Camina?..............

¿Problemas motores?................. ¿Cuales?

¿Obedece órdenes sencillas?

Observaciones:

**Comportamiento habitual en casa:**

Juego**:**

¿Tiene compañera/o/s de juego?........... ¿Quiénes?

¿Con qué juega con más frecuencia?

¿A qué juega?

Objetos de apego:

¿Usa chupete? ¿Cuándo?

¿Tiene otro/s objeto/s de apego? ¿Cuál/es?

¿Cuándo lo/s utiliza?

Relaciones personales:

¿Con quién está principalmente? Padre… Madre… Otros

¿Cómo reacciona ante extraños?

¿Le gusta jugar con los padres o adultos?

¿Juega con su/s hermano/a/s?

¿Juega habitualmente con otra/o/s niña/o/s?......... ¿Dónde?

¿Cómo se relaciona con ellos?

¿Ha asistido anteriormente a otro Centro?.......... ¿Cuál?

¿Cuándo?

Expectativas de la familia

¿Qué esperáis de este Centro Educativo?

Reseñe todo lo que considere importante que deba conocer la educadora sobre el/la niño/a y que no se haya preguntado anteriormente: