



Fecha: .....

## EVALUACIÓN INICIAL - Curso 2026/27

ALUMNADO NACIDO EN 2025 y 2026

Entregar a la tutora o al tutor en el momento de la incorporación a la Escuela Infantil.

### Datos de la alumna o el alumno:

Nombre.....  
Apellidos .....  
Fecha de nacimiento .....

### Datos familiares:

Vínculo con la niña o el niño: ..... Nombre.....  
Apellidos .....  
Telf. Móvil ..... Telf. Trabajo .....

Vínculo con la niña o el niño: ..... Nombre.....  
Apellidos .....  
Telf. Móvil ..... Telf. Trabajo .....

Nº de hermanas y/o hermanos ..... Lugar que ocupa entre ellas/os .....  
Personas que conviven en la casa .....

Observaciones .....  
.....

### Aspectos sanitarios:

Embarazo: Normal.....  Complicaciones ....   
Parto: Normal.....  Complicaciones ....   
Lactancia: Natural.....  Duración..... Artificial ...

Enfermedades padecidas: .....  
¿Tiene piel atópica?.....  
¿Tiene 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

¿Hace alguna comida con la familia?.....

Observaciones: .....

.....

Sueño:

Horario de sueño:..... ¿Duerme bien? .....

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

¿Duerme sola/o?..... ¿Duerme siesta? .....

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

¿Qué hacéis cuando no se duerme?.....

.....

Observaciones: .....

.....

**Autonomía**

¿Se mantiene sentada/o?.....¿Se arrastra?... ¿Voltea?..... ¿Gatea?.....

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

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

.....





¿Obedece órdenes sencillas? .....

Observaciones: .....

.....

**Comportamiento habitual en casa:**

Juego:

¿Tiene compañeras/os de juego?..... ¿Quiénes?.....

¿Con qué juega con más frecuencia? .....

Objetos de apego:

¿Usa chupete? ..... ¿Cuándo? .....

¿Tiene otros objetos de apego? ..... ¿Cuáles?.....

Relaciones personales:

¿Con quién está principalmente? Padre... Madre... Otros.....

¿Cómo reacciona ante extraños? .....

¿Juega habitualmente con otras niñas/os?.....

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

Expectativas de la familia

¿Qué esperáis de la Escuela Infantil? .....

.....

.....

.....

.....

.....

Reseñe todo lo que considere importante que deba conocer la educadora sobre su hija/o y que no se haya preguntado anteriormente: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

