



Fecha:.....

EVALUACIÓN INICIAL- Curso 2026/27

ALUMNADO NACIDO EN 2024

Entregar a la tutora o el 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
Enfermedades padecidas:

Alergias e intolerancias:

¿Tiene piel atópica?.....
¿Ha tenido 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. ?

¿Tiene intolerancia a algún medicamento? SI NO

Especifique cual o cuales:
.....



*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:

¿Continúa tomando el pecho?.....

¿Utiliza todavía el biberón?.....

¿Tiene buen apetito?.....

Alimentos que no le gustan:

.....

Alimentos preferidos

¿Está empezando a masticar algunos alimentos?..... ¿Cuáles?.....

.....

¿Come sola/o?

¿Utiliza la cuchara?..... ¿El tenedor?.....

¿Hace alguna comida con la familia?

Problemas de: Deglución Masticación Digestión Diarreas Estreñimiento

Observaciones:

.....

Sueño:

¿Duerme bien?

¿Duerme siesta?

¿Qué hacéis cuando no duerme?

¿Se duerme sola/o? Sí No

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

Observaciones:

.....

Autonomía y motricidad

¿Se lava sola/o las manos?

¿Controla el pipí? Siempre... A veces... Nunca...

¿Controla la caca? Siempre... A veces... Nunca...

¿Tiene un horario regular para hacer la caca? ¿A qué hora?

¿Usa pañales? Siempre... A veces... ¿Cuándo?.....

¿Están probando a quitárselos?.....

¿Se desplaza sin dificultad? ¿Sube y baja escaleras?

¿Obedece órdenes sencillas?

Observaciones

.....

Comportamiento habitual:

Juego:



¿Tiene compañeras y/o compañeros de juego?.....

¿Ordena y recoge sus juguetes?.....

Objetos de apego

¿Usa chupete?.....

¿Tiene algún objeto de apego?.....

Relaciones familiares y afectivas:

¿Presenta algún problema de conducta?

¿Se relaciona de manera saludable con los miembros de la familia?

¿Pega o muerde?

¿Tiene miedo?..... ¿De qué?

¿Tiene rabietas a menudo?.....

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

Observaciones.....

Lenguaje

¿Comprende todo lo que se le dice? Sí... No...

¿Se le entiende cuando habla? Sí... No...

¿Usa más el lenguaje oral o el gestual?

Observaciones.....

Expectativas de la familia

¿Qué esperáis de la Escuela Infantil?

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....