



# FICHA ESCOLAR DE INFORMACIÓN FAMILIAR. CONFIDENCIAL

## 1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos.....

Fecha de nacimiento..... Lugar de nacimiento .....

Domicilio .....

Teléfonos de contacto y la persona a quién pertenece:

1) .....

3) .....

2) .....

4) .....

¿Es la primera vez que está escolarizado/a? .....

¿Quién va a traerle al colegio? .....

¿Y a recogerlo? .....

## 2. DATOS FAMILIARES

• ..... Nombr  
e del padre o tutor .....

Fecha y lugar de nacimiento.....

Estudios realizados ..... Profesión .....

Horario laboral.....



**CEIP MARE NOSTRUM (TORROX)**

• Nombre de la madre o tutora .....

Fecha y lugar de nacimiento.....

Estudios realizados ..... Profesión .....

Horario laboral.....

• Número de hermanos .....

Nombre	Fecha de nacimiento	Colegio al que asisten	Nivel

Familiares con los que convive en el hogar.

Vive con su padre y con su madre.

Vive con su madre

Vive con su padre

Otras situaciones. ¿Cuáles?

.....  
.....



### 3. HÁBITOS

- ALIMENTACIÓN

¿Come bien? SI / NO      ¿Toma biberón? SI / NO      ¿Come sólo? SOLO / CON AYUDA

¿Usa algún cubierto? SI / NO      ¿Desayuna bien antes de venir al colegio? SI / NO

¿Tiene problemas con la comida? SI / NO      ¿Cuáles? .....

- SUEÑO

¿Duerme bien? SI / NO      Número total de horas de sueño .....      Se despierta por la noche: SI / NO

Duerme con la luz encendida: SI / NO      Duerme con juguetes: SI / NO

¿Tiene miedo? SI / NO      ¿A qué? .....

¿Comparte la habitación? SI / NO      ¿Con quién? .....

¿Se acuesta con frecuencia con los padres? .....

- HIGIENE

¿Se baña o ducha todos los días? .....      ¿Quién se ocupa de ello? .....

¿Se lava solo/a las manos? SI / NO      ¿Tiene alergia a algún producto higiénico? SI / NO

¿Cuál? .....

- CONTROL DE ESFÍNTERES

¿Controla esfínteres? .....      ¿Desde cuándo? .....      ¿Va solo/a al aseo? .....

¿Lo pide o hay que recordárselo? .....      ¿Se limpia solo/a? .....

¿Utiliza pañales de noche? .....      ¿Si no controla aún, explique si tienen algún problema relacionado con este apartado .....



- VESTIDO

Se viste: SOLO / CON AYUDA      Sabe bajarse y subirse el pantalón y ropa interior: SI / NO

Sabe abrocharse y desabrocharse botones: SI / NO      Sabe subir y bajar cremalleras SI / NO

- AUTONOMÍA

¿Colabora en casa? SI / NO      Se le asignan pequeñas responsabilidades (recoger su plato, ayudar a poner la mesa, recoger sus juguetes, etc.) .....

#### 4. RELACIONES

- ESPACIO DONDE HABITA. Rodee lo que proceda.

Campo / Ciudad      Planta baja / bloque de piso      Tiene jardín / patio      Cerca del colegio / Transporte

- RELACIÓN CON LOS ADULTOS

¿Con qué adulto, familiar o no, pasa más tiempo su hijo/a? .....

¿Participan los padres en los juegos de sus hijos/as? ..... ¿Cuándo? .....

¿Se relaciona sin problemas con cualquier adulto? .....

- RELACIÓN CON OTROS NIÑOS/AS

¿Se relaciona con otros niños/as? ..... ¿Qué tipo de relación tiene con sus hermanos? .....

Rodee lo que proceda: Celos / Peleas / Juegos compartidos / Rabieta

Prefiere jugar: Solo-a / Con amigos-as / Adultos

- RELACIÓN CON LOS OBJETOS Y EL ESPACIO

Qué objetos y juguetes se le proporcionan .....

Sus objetos o juguetes preferidos son: .....



5. NIVEL MADURATIVO

• LENGUAJE

¿A qué edad empezó a hablar? ..... ¿Sus palabras son inteligibles? ..... ¿Se apoya más en el lenguaje de gestos que en el oral? ..... Tiene algún problema en la expresión oral: SI / NO

Descríbalo .....

• MOTOR

¿Ha gateado? ..... ¿A qué edad? ..... ¿A qué edad empezó a andar? .....

¿Presenta algún problema relacionado con el movimiento? ..... Descríbalo.....

.....

• EMOCIONAL

¿A qué le tiene miedo? .....

¿Qué cosas le alteran y/o activan? .....

¿Cómo describiría a su hijo/a? Rodee lo que proceda:

Nervioso-a / Tranquilo-a	Alegre / Triste	Sociable / Solitario-a
Hablador-a / Reservado-a	Cariñoso-a / Áspero-a	Activo-a / Perezoso-a
Atento-a / Distráido-a	Tímido-a / Decidido-a	Emotivo / Miedoso
Agresivo-a / Sumiso-a	Caprichoso-a	Celoso-a
Dependiente / Independiente	Coge rabietas a menudo	Imaginativo-a



Describe sus favoritos en cuanto:

- Comida:  
.....
- Juguete:  
.....
- Música, cantante o canción:  
.....
- Cuento:  
.....
- Juego y/o juguete:  
.....

**6. ASISTENCIA A OTROS CENTROS**

¿Ha asistido a guardería? ..... ¿Desde qué edad? .....

¿Cuánto tiempo ha estado? .....

**7. DATOS MÉDICOS**

Describe los datos médicos que considere importantes (alergias, insuficiencias, enfermedades crónicas, patologías, etc.)

.....

.....

.....

.....

**8. OTROS**

¿Le preocupa la entrada de su hijo/a al colegio? SI / NO



¿Por Qué?

.....  
.....  
.....

¿Qué espera usted del colegio? .....

.....  
.....  
.....

**9. OBSERVACIONES**

Si cree que hay algo que debemos conocer sobre su hijo/a, descríballo a continuación

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Muchas gracias,

El Equipo de Infantil