



**EDUCACIÓN INFANTIL 1º CICLO (0-3 AÑOS)**

**CUESTIONARIO A LAS FAMILIAS**

**1. DATOS DEL ALUMNO/A:**

Nombre y apellidos:.....  
 Fecha de nacimiento: .../.../... Lugar: .....  
 Domicilio: .....  
 Teléfonos: móvil: ...../..... Otros: .....  
 Otros teléfonos de contacto:  
 Nombre.....Relación.....Tel.....  
 Nombre.....Relación.....Tel.....  
 Quién traerá normalmente al niño/a al centro?.....  
 Quién recogerá normalmente al niño/a?.....  
 Horario previsto utilización del centro (hora/s entrada y salida)  
 .....

**2. DATOS FAMILIARES:**

FAMILIAR	NOMBRE	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	PROFESIÓN	TRABAJO, LUGAR Y HORARIO
Padre				
Madre				
Hermano/a 1º				
2º				
3º				
4º				
5º				

**SITUACIÓN FAMILIAR:**

- Vive con los padres:.....
- Vive con la madre:.....
- Vive con el padre:.....

Otras situaciones familiares relevantes: .....



**3. ALIMENTACIÓN:**

- Horario de las comidas - ...../..FRUTA..... .COMIDA .... .....
- Forma de tomar líquidos.....
- Sólidos (señala): .....
- ¿Utiliza los cubiertos?.....¿Tiene buen apetito?.....
- ¿Termina la comida?.....¿Rechaza algún alimento?.....
- ¿Tiene **alergias** o efectos secundarios con algún alimento?.....  
(En caso afirmativo, adjuntar informe médico.)
- Forma de alimentar al niño/a: .....
- Costumbres del niño/a.....
- El ambiente en el momento de la comida es.....

**4. SUEÑO:**

- ¿Cuánto tiempo suele dormir ?:.....Siesta..... Noche.....
- ¿Horarios habituales de sueño?.....
- ¿Tiene problemas para dormir?.....¿de qué tipo?.....
- Costumbres del niño para dormir.....

**5. ESFÍNTERES:**

- ¿Cómo reacciona en los cambios de pañal?.....
- Rechaza..... Acepta .....Pide .....
- ¿Usa pañales?.....
- ¿Utiliza el orinal?.....¿lo hace en el WC?.....
- ¿Se controla y es autónomo?.....

**OTRAS OBSERVACIONES:**

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

**6. EL CUESTIONARIO HA SIDO REALIZADO POR:**

La madre.                      El padre.                      Los dos juntos.                      Otros.

**FECHA Y FIRMA:**