

CUESTIONARIO FAMILIAR

*Datos personales del alumno o alumna

- Nombre y apellidos: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Nacionalidad: _____
- Domicilio: _____
- Teléfonos de contacto: _____
 - Móvil: _____
 - Domicilio: _____
 - Otros: _____

*Composición familiar

- Nombre 1 tutor: _____
 - Edad: _____
 - Nacionalidad: _____
 - Estudios: _____
 - Profesión: _____
- Lugar, horario y teléfono de trabajo: _____

- Nombre 2 tutor: _____
 - Edad: _____
 - Nacionalidad: _____
 - Estudios: _____
 - Profesión: _____
- Lugar, horario y teléfono de trabajo: _____

- Hermanos/as:
 - Nombres: _____
 - Edad: _____

- Estado actual de los tutores (separados, divorciados...):

- En el caso de separación o divorcio, con quién vive el niño/a:

- Otros parientes que viven en la casa:

- Lengua hablada con el niño/a: _____

*Historial académico

- Escolarización anterior: _____

- Expectativas educativas: _____

- Necesidades educativas: _____

- Religión: Sí o No. _____

- Comedor: Sí o no _____

- Autorización actividades complementarias: Sí o No _____

- Autorización fotografías: Sí o No _____

***Datos psicoevolutivos:**

- Problemas en el embarazo y/o parto: _____

- Principales enfermedades padecidas: _____

- Alergias: _____
- Edad en la que empezó a andar: _____
- ¿Tiene algún problema motor? _____
- Edad en qué empezó a hablar: _____
- ¿Tiene alguna dificultad de pronunciación? _____

***Hábitos:**

- Edad de control de esfínteres: _____
- ¿Va al baño de forma autónoma? _____
- ¿Se lava las manos solo/a? _____
- ¿Se viste sin ayuda? _____
- ¿Come autónomamente? _____
- ¿Utiliza correctamente cuchara y tenedor? _____
- ¿Come de todo? _____
- ¿Muestra rechazo a probar nuevos alimentos? _____

- ¿Acepta acostarse cuando se le sugiere? _____
- ¿Se duerme con facilidad? _____
- Horas de sueño: _____
- ¿Presenta sueño tranquilo? _____
- ¿Tiene terrores nocturnos? _____
- ¿Duerme solo/a o acompañado/a? _____
- ¿Con quién? _____
- ¿Mojaja cama por la noche? _____
- ¿Duerme siesta? _____
- ¿Cuánto tiempo? _____
- ¿Sigue algún ritual a la hora de dormir? (contarle un cuento, dormir con la luz encendida o con un peluche...): _____
- _____
- _____

*Habilidades sociales y tiempo de ocio:

- El niño/a está principalmente con: _____
- _____
- ¿Solicita que se juegue con él/ella o juega normalmente solo/a? _____
- _____
- ¿Tiene posibilidad de contacto con otros niños/as? _____
- _____
- ¿Prefiere jugar en casa o en el parque? _____
- _____
- Tipos de juegos y juguetes que más le gustan: _____
- _____
- ¿Se enfada con frecuencia cuando no consigue lo que quiere? _____
- _____

- ¿Tiene rabietas?: _____

- ¿Cómo se comporta en casa? _____

- ¿Muestra afecto sin dificultad? _____

- ¿Deja que los adultos le muestren afecto? _____

- ¿Admite el afecto de otros niños/as? _____

- ¿Utiliza el ordenador o la videoconsola? _____

- ¿Durante cuánto tiempo? _____

- Programas y juegos preferidos: _____

- Horas que ve la televisión: _____

- ¿Acompañado/a o solo/a? _____
- Programas preferidos: _____

- Momentos en que ve la televisión (mañana, tarde, noche; antes o después de cenar o merendar, cuando se levanta, etc.): _____

- ¿Qué otras actividades realizan en su tiempo libre? _____

***Observaciones:**
