

CUESTIONARIO PARA PADRES / TUTORES

Este cuestionario servirá al docente como punto de partida para ayudar y orientar a su hijo/a en su proceso de aprendizaje. Nuestro interés se centra en favorecer el desarrollo del niño y tratar de prevenir problemas futuros. Les rogamos nos proporcionen la información necesaria. Todos los datos serán tratados de forma absolutamente confidencial. Aunque algunos de estos datos parezcan irrelevantes, son importantes para descubrir las causas o implicaciones de las dificultades que puedan afectar a su hijo/a. Al contestar tengan en cuenta estas indicaciones:

1. Que sus respuestas sean sinceras, reflejando la verdadera opinión sobre su hijo/a.
2. No contesten al azar. Si hay algún dato que no recuerdan o no saben déjenlo en blanco, sin preocuparse.
3. Si tienen que añadir algún comentario u observación, utilicen los espacios en blanco o añadan una hoja complementaria.
4. En lo posible, convendría que este cuestionario fuera cumplimentado conjuntamente por el padre y la madre. Gracias por su colaboración.

Fecha de realización del cuestionario: _____

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre y apellidos del alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nº hermanos: _____

Lugar que ocupa: _____

Nombre con el que habitualmente se llama al niño/a: _____

Dirección familiar: _____

Teléfono: _____

Otras circunstancias familiares que pueden afectar al niño/a:

¿Viven juntos los padres? _____ ¿Es adoptado? _____

Otras personas (edad y parentesco) que viven con el niño/a

¿Ha ido anteriormente a otra Escuela Infantil? _____ ¿Cuál?

DATOS PERSONALES DE LOS FAMILIARES

Nombre del padre/madre/tutor/a:

Edad:

Profesión:

Lugar de trabajo:

Horario:

Nombre el padre/madre/tutor/a:

Edad:

Profesión:

Lugar de trabajo:

Horario:

Hermanos:

Nombre:

Edad:

DESARROLLO MADURATIVO

A nivel de Lenguaje y Comunicación:

¿Cómo suele comunicarse vuestro hijo en casa: con gestos, sonidos, palabras...?

¿Responde/ dirige la vista hacia vosotros cuando le llamáis por su nombre?

¿Trata de hacerse entender fácilmente cuando quiere algo? ¿Mediante gestos, palabras...?

¿Imita sonidos, palabras o gestos que ve en los adultos?

¿Trata de mostrar atención cuando le contáis algo?

¿Cuándo empezó a producir las primeras palabras?

¿Utiliza frases para expresarse o sólo palabras aisladas?

¿Se le entiende cuando habla?

¿Comprende lo que se le dice?

¿Tiene problemas de audición?

A nivel cognitivo y de atención:

¿Muestra curiosidad por explorar objetos nuevos?

¿Sigue con la mirada lo que ocurre a su alrededor?

¿Suele entretenerse con un juego durante un ratito o prefiere cambiar cada poco?

¿Resuelve pequeñas situaciones, como buscar un juguete que se le ha caído?

A nivel motor:

¿Cómo se desplaza habitualmente: gatea, camina, corre...?

¿Sube y baja pequeños escalones con ayuda o sin ella?

¿Le gusta moverse, trepar o jugar activamente?

¿Tiene buen equilibrio al caminar o correr?

¿Coge objetos pequeños con los dedos?

¿Intenta encajar piezas, apilar bloques o meter objetos en recipientes?

¿Come solo con las manos o empieza a usar cubiertos?

A nivel social:

¿Son habituales las rabietas en su día a día?

¿Cómo reacciona cuando se separa de vosotros?

¿Busca el contacto con otros niños o adultos?

¿Expresa emociones con facilidad (alegría, enfado, sorpresa...)?

¿Comparte o muestra interés por lo que hacen los demás?

¿Prefiere jugar solo, acompañado de niños de su edad, mayores, más pequeños, adultos?

¿Prefiere juguetes manipulativos, de mesa, construcciones... o pantallas?

¿Con qué frecuencia suele hacer uso de las pantallas (televisión, móvil, ordenador...): nunca, comiendo, a cualquier hora, fines de semana, diariamente, cuando se necesita que el niño esté tranquilo en un sitio público.,,?

Hábitos y autonomía

¿Participa en rutinas como vestirse, lavarse las manos o recoger juguetes?

¿Muestra señales de querer comer solo?

¿Tiene algún objeto de apego importante (manta, peluche...)?

¿Cómo es su sueño: duerme seguido, necesita ayuda para dormirse?

Con respecto a la **alimentación**:

¿Ha habido lactancia materna? _____

¿Usa biberón? _____

¿Usa chupete? _____

¿Toma papillas? _____

En cuanto a las **rutinas de las comidas y horarios antes de la incorporación al centro**:

¿Qué suele desayunar? _____ ¿a qué hora?

¿Qué suele comer? _____ ¿a qué hora?

¿Qué suele merendar? _____ ¿a qué hora?

¿Qué suele cenar? _____ ¿a qué hora?

¿Cómo es la actitud del niño frente a la comida? _____

¿Rechaza algún alimento/ comida? _____

¿Qué alimentos le gustan más?

¿Suele devolver la comida? Sí/no/ a veces.

¿Por qué? _____

¿Come solo? Sí/No

En cuanto al **sueño**:

¿Duerme en la cuna? Sí/ No

¿Comparte habitación con alguien?

¿Se duerme con facilidad? Sí/ No

¿Duerme con alguna luz de la habitación/ pasillo/ lámpara... encendida? Sí/ No

¿Suele dormir con algún juguete/ manta/ objeto de apego? _____

Horarios del sueño:

¿Sobre qué hora se suele despertar por **la mañana**? _____

¿Duerme antes de la hora de la comida? _____

¿Duerme siesta **después de comer**? ¿Sobre qué hora? _____

¿A qué hora se despierta después de dormir la siesta? _____

Por la **noche**, ¿a qué hora suele acostarse? _____

¿Duerme de manera continua durante toda la noche o se despierta a menudo?

Con respecto a la **higiene**:

¿Controla esfínteres? Sí/ No

¿Cada cuánto suele ir al servicio? _____

¿Usa orinal? Sí/ No

¿Presenta algún tipo de alergia a algún jabón, crema, toallitas...?

VIDA RELACIONAL DEL NIÑO

¿Quiénes forman la unidad familiar?

Si el niño no está con sus padres, ¿quiénes son los adultos con los que suele pasar más tiempo?

¿Cómo reacciona el niño ante los desconocidos?

¿El niño se relaciona con otros niños habitualmente? Sí / No

¿Los niños con los que se relaciona pertenecen a sólo a su entorno familiar (primos/hermanos...) o se muestra sociable con niños desconocidos (por ejemplo, en el parque)?

¿Cuáles son sus juegos preferidos?

En el ámbito del **hogar**:

Cuando el niño/a salga del Centro, va generalmente: A su casa / A casa de sus abuelos/ Otros. _____

¿Cuáles son los afectos que más expresa en casa? Rabia/Miedo/Cariño/Pena/Alegría.

Cuando el niño/a está en casa:

Puede usar libremente todas las habitaciones.

Usa sólo algunos espacios reservados para él.

Otros: _____

¿Cómo consideran que son respecto al niño/a? ¿Permisivos, autoritarios, sobreprotectores, democráticos..?

Padre/ madre/ tutor/a: _____

Padre/ madre/ tutor/a: _____

¿El niño/a recibe premios o castigos dependiendo de su comportamiento? Sí / No
¿Cuáles? _____

¿Qué es lo que más le gusta hacer? _____

¿Colabora el niño/a en casa “ayudando” a los adultos? En caso afirmativo, especificar en qué actividades _____

Lengua que habla el niño/a

Lengua que hablan los padres entre ellos

RASGOS DE PERSONALIDAD

¿Cómo describiríais su carácter en casa: tranquilo, activo, curioso, reservado...?

¿Suele adaptarse rápido a los cambios o necesita más tiempo?

¿Cómo expresa su alegría, enfado o frustración?

¿Qué suele ayudarle a calmarse cuando se enfada o llora?

¿Se altera con facilidad o mantiene la calma en la mayoría de situaciones?

¿Cómo responde cuando no consigue algo que quiere?

¿Le molestan ruidos fuertes, cambios de temperatura o ciertas texturas?

¿Disfruta de las rutinas o prefiere explorar libremente?

¿Cómo se comporta en momentos de espera (por ejemplo, antes de comer o al vestirse)?

¿Tiende a intentar hacer cosas por sí mismo o pide ayuda enseguida?

¿Se muestra seguro al explorar espacios nuevos?

¿Busca vuestra aprobación antes de probar algo nuevo?

DATOS MÉDICOS

¿Tuvo la madre problemas en embarazo o parto?

¿Tiene el niño/a alguna enfermedad o problema a nivel físico, cognitivo, motor. Visual, auditivo...? (En caso afirmativo, la familia debe aportar al centro una copia del informe médico)

¿Es alérgico/a o intolerante a alimentos, medicamentos...? (En caso afirmativo, la familia debe aportar al centro una copia del informe médico)

¿Problemas de diarrea o estreñimiento habituales?

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

¿Actualmente lleva a cabo algún tratamiento médico?

¿Hay antecedentes familiares de alguna enfermedad como diabetes, tuberculosis, enfermedades mentales...?

¿Ha sufrido algún accidente? _____

INFORMACIÓN PARA CASOS DE URGENCIA

Dirección de correo electrónico que utilicen habitualmente donde podamos ponernos en contacto con ustedes (una es suficiente):

Lugar donde se puede localizar al padre/ madre/ tutor/a: (nombre) _____

Dirección:

Teléfono: _____

Lugar donde se puede localizar al padre/ madre/ tutor/a: (nombre) _____

Dirección:

Teléfono: _____

En caso de no poder localizar a los padres, puedo llamar a:

Nombre:

Parentesco con el niño/a:

Dirección:

Teléfono:

Nombre:

Parentesco con el niño/a:

Dirección:

Teléfono:

Si desde el centro no se puede localizar a ninguno de los padres, **doy mi permiso**, para que en caso de urgencia, el personal del centro se ocupe de cuidado médico de mi hijo/a.

Firma de los padres:

Por último, en relación con las **expectativas hacia el centro**, como padres, qué esperan del mismo con respecto a la educación de sus hijos.

¿Acuden al centro por su carácter asistencial (necesidades de conciliación por el horario de trabajo...), esperan que el niño se relacione con otros iguales y adultos sirviendo de preparación previa para el segundo ciclo de Educación Infantil, son conscientes de las posibilidades que el ciclo y por lo tanto el centro, ofrece a las familias con respecto a la educación de sus hijos?
