



Nombre y Apellidos del niño/a:.....

DATOS GENERALES:

Otras personas que conviven con la familia (Abuelos, tíos, etc):

.....

Circunstancias familiares que pudieran afectar al niño/a (padres separados, etc) :

.....

Lengua que hablan los padres entre ellos:

El padre habla con el niño/a :..... La madre habla con el niño/a:.....

Alimentación materna: Artificial:.....

¿A que edad comenzó a caminar?.....

Enfermedades importantes:.....

Accidentes:.....

¿Cuántas horas duerme por la noche? ¿Y al mediodía?.....

¿Le cuesta dormirse?..... ¿Grita o llora?..... ¿Se levanta?.....

¿Duerme solo en la habitación?:.....¿Con quien?:.....

Come bien o presenta algún problema (lentitud, rechazo de algunos alimentos, no tiene hambre, vómitos..)?

¿Sigue algún régimen especial?.....

¿ES ALERICO A ALGUN MEDICAMENTO O ALIMENTO?.....

EN EL CASO DE QUE EL NIÑO/A TENGA FIEBRE EN LA ESCUELA ¿AUTORIZAIS A QUE LAS MAESTRAS LE DEN UN ANTITERMICO?.....

¿QUE ANTITERMICO TOMA EL NIÑO/A HABITUALMENTE? (Aipretal, Dalsy,...).

.....

Otras observaciones:

.....

.....

.....

Padre /Madre/tutor

*NOTA: Conocemos y aceptamos la normativa de la escuela