



## FICHA DE TUTOR/A

**¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder a su posterior entrega en la Secretaría del Centro. Por favor rellene el formulario con letras mayúsculas.**

### DATOS PERSONALES:

**Nombre del alumno/a**

Fecha de nacimiento  Lugar de nacimiento:

Domicilio completo (c/, nº, piso...):

**Nombre del padre**

Edad  Estudios  Profesión

**Nombre de la madre**

Edad  Estudios  Profesión

Hermanos del niño/a y edad:  Lugar que ocupa el niño/a

Personas con las que convive

Personas con las que pasa mayor número de horas:

Teléfonos de contacto: Indique de quién es

Datos relevantes de la primera infancia que hayan influido en su desarrollo: salud, cambios familiares, .....

Tiene algún problema de salud que pueda influir en su relación con los iguales, en la alimentación, en las salidas...

**FICHA DE TUTOR/A**

**¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial  
Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder a su posterior entrega en la Secretaría del Centro  
Por favor rellene el formulario con letras mayúsculas.**

**HÁBITOS****Alimentación**¿Tiene buen apetito? Sí  No 

¿Tiene problemas con la comida?

¿Cuáles son los problemas con la comida?

¿Cómo muestra su aversión a la comida?

¿Tiene alguna alergia alimentaria? Sí  No ¿Necesita algún alimento de forma especial? Sí  No 

¿Cuáles son sus alergias alimentarias?

¿Puede comer solo? Sí  No ¿Usa adecuadamente los utensilios de la mesa? Sí  No **Sueño**

¿Cuántas horas duerme?

¿Duerme siesta? Sí  No ¿Se duerme con facilidad? Sí  No 

¿Tiene algún juguete con el que se duerme?

¿Ha observado alguna cosa especial referente al sueño?

**Higiene**¿Se lava las manos solo? Sí  No ¿Presenta alergia a algún tipo de jabón, gel, ..? Sí  No  ¿a cual?¿Pide ir al baño durante el día? Sí  No ¿Controla el pis durante el día? Sí  No ¿Controla el pis durante la noche? Sí  No ¿Controla la caca durante el día? Sí  No ¿Controla la caca durante la noche? Sí  No ¿Usa pañal durante el día? Sí  No ¿Usa pañal durante la noche? Sí  No ¿Se limpia solo o necesita ayuda? Sí  No 

Escriba debajo cualquier comentario que considere necesario sobre las preguntas anteriores

(Recomendamos enseñe a su hijo/a a que se limpie solito/a, para que vayan siendo autónomos en ese sentido)

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS QUE USARÁ**Comedor Sí  No  Desde cuándo:Primeros de Cole Sí  No Últimos del Cole Sí  No



## FICHA DE TUTOR/A

**¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder a su posterior entrega en la Secretaría del Centro. Por favor rellene el formulario con letras mayúsculas.**

### SUS RELACIONES

#### Escolarización anterior:

¿Ha estado escolarizado anteriormente? Sí  No  ¿Desde qué edad?

¿Dónde?  ¿Durante cuánto tiempo?

¿Cómo fue su adaptación?

¿Qué cambios más importantes ha observado en su hijo/a a partir de ir a la escuela? (autonomía personal, juegos)

#### Relaciones personales

¿Se relaciona sin problemas con otros adultos? Sí  No  → Escriba abajo el comentario que considere

¿Le gusta jugar con otros niños/as? Sí  No  A veces  → Escriba abajo el comentario que considere

¿Cómo se relaciona con ellos? Bien  Mal  Regular  → Escriba abajo el comentario que considere

#### Relaciones con los objetos

¿Se le proporcionan objetos y juguetes variados? Sí  No  En ocasiones  → ¿Cuáles?

¿Tiene un lugar en casa donde pueda jugar? Sí  No  ¿Cuál?

¿Lo objeto de la casa están a su alcance? Sí  No  ¿Tiene costumbre de recoger? Sí  No

Escriba abajo el comentario que considere necesario

¿Cuáles son sus objetos preferidos? ¿Con qué juguetes juega habitualmente? Escriba abajo



## FICHA DE TUTOR/A

**¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial  
Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder a su posterior entrega en la Secretaría del Centro  
Por favor rellene el formulario con letras mayúsculas.**

### NIVEL MADURATIVO

#### Lenguaje

¿A qué edad empezó a emitir las primeras palabras?

¿Sus palabras son inteligibles? Sí  No  → Escriba abajo el comentario que considere necesario

Habla: Mucho  Poco  Casi nada

Se le habla: Con lenguaje de adulto  Con sus mismas expresiones

Realice abajo el comentario que considere necesario a las dos últimas respuestas:

#### Motor

¿A qué edad inició la marcha?  ¿Tiene una marcha Segura  Vacilante ?

Dificultades en el movimiento (pies, manos, problemas posturales, dificultades de manos o pies, poca agilidad de movimiento, etc.)

#### Emocional

Es Nerviosos  Tranquilo

¿Coge rabieta a menudo? Sí  No

¿Cuánto le duran?

Realice abajo un comentario a las respuestas anteriores si lo considera necesario:

### OTROS ASPECTOS IMPORTANTES RELACIONADOS CON LA COLABORACIÓN FAMILIA/ESCUELA

Disponibilidad de los padres a participar en las actividades del Centro.

Expectativas de los padres, tutores en esta Etapa de la Educación

#### Observaciones