

## HISTORIAL EDUCATIVO

### DATOS ALUMNO/A

NOMBRE Y APELLIDOS: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____
TELÉFONO: _____ / _____ / _____	
¿Ha asistido a otro centro anteriormente? SI NO En caso afirmativo, indique cual _____	

### 1. DATOS FAMILIARES

#### a. DEL PADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

Situación Laboral: \_\_\_\_\_ Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### b. DE LA MADRE:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Estudios: \_\_\_\_\_

Situación Laboral: \_\_\_\_\_ Horario Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### c. **CIRCUNSTANCIAS SIGNIFICATIVAS** (padres separados, familia monoparental, fallecidos, etc) \_\_\_\_\_

En uno de estos casos el niño/a vive con: \_\_\_\_\_

Número de Hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

¿Viven en casa otros Familiares? \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Hay algún problema de salud familiar? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo. ¿Qué problema? \_\_\_\_\_

## 2. SALUD

Estado general de salud: \_\_\_\_\_ Vacunaciones: \_\_\_\_\_

Problemas específicos: enfermedades, alergias o algún aspecto de su salud: \_\_\_\_\_

¿Hay recomendaciones o indicaciones significativas del médico? \_\_\_\_\_

## 3. CONDUCTA EMOCIONAL-SOCIAL

¿Depende mucho de los padres?: SI NO

¿Tiene miedo a alguna cosa?: SI NO

¿Tiene pesadillas frecuentes? : SI NO

## 4. HÁBITOS

### a. Alimentación

¿Come de todo? SI NO

¿Hay que estimularlo para que coma? SI NO

### b. Sueño

¿Cuántas horas duerme por la noche? \_\_\_\_\_

Horario habitual de sueño nocturno: \_\_\_\_\_

Postura habitual en la que duerme: \_\_\_\_\_

¿Duerme sólo? SI NO En caso negativo, ¿Con quién? \_\_\_\_\_

## 5. HIGIENE

¿Se le baña todos los días? SI NO ¿a qué hora? \_\_\_\_\_

¿Quién le baña? \_\_\_\_\_

¿Le gusta bañarse? \_\_\_\_\_

¿Se le deja jugar un rato en la bañera? \_\_\_\_\_

¿Presenta alergia a algún tipo de jabón, gel, etc.? \_\_\_\_\_

## 6. CONTROL DE ESFINTERES ( según la edad)

¿Ha controlado su horario? SI NO ¿cuál es? \_\_\_\_\_

¿Lo pide? SI NO

## **7. JUEGOS**

¿Se le deja solo para jugar? SI NO      ¿Se entretiene cuando juega solo? SI NO

¿Busca la presencia de otro? SI NO

¿Qué tipo de juego prefiere? \_\_\_\_\_

¿Se le proporciona juguetes? SI NO      ¿muchos? SI NO      ¿todos a la vez? SI NO

¿Qué juguetes le gustan más? \_\_\_\_\_

¿Qué actitud tiene con los juguetes? \_\_\_\_\_

¿En el juego se manifiesta activo? SI NO

¿El padre y la madre juegan diariamente con el niño /a? SI NO

¿Suele ver la TV? SI NO

¿Hay selección previa de los programas a ver por el niño / a? SI NO

## **8. RELACIONES FAMILIARES**

¿De cuánto tiempo dispone la familia para estar juntos? \_\_\_\_\_

¿Normalmente quién le dedica más tiempo al niño /a? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con sus hermanos? \_\_\_\_\_

¿Están los padres de acuerdo en los aspectos fundamentales de la educación del niño/a? SI NO  
en caso negativo, indique cuales \_\_\_\_\_

¿Qué aspectos resaltarían de la personalidad de su hijo / a? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas en su relación con otros adultos? SI NO

## **9. VIDA RELACIONAL**

Relación con otros niños/as

¿Se le saca de paseo a lugares donde hay otros niños/as? SI NO

¿Se relaciona con otros niños/as? \_\_\_\_\_

¿Cómo es esa relación? \_\_\_\_\_ ¿es sociable? \_\_\_\_\_

Relación con los objetos y los espacios

¿Tiene un lugar determinado para jugar? SI NO

¿Los objetos de la casa están a su alcance? SI NO

¿Se retiran hasta que sea mayor? SI NO

¿Se le enseña a respetarlos? SI NO

## 10. PERÍODO DE ADAPTACIÓN ESCOLAR

A **cumplimentar por la tutora** o maestra responsable de grupo de edad con colaboración, en el Primer Ciclo, de la educadora, al finalizar el mes de octubre del curso escolar en el que se inicia la escolarización.

¿Llora al llegar a clase?                      SI      NO

¿Saluda al llegar a clase?                    SI      NO

¿Sonríe y está contento o contenta durante la jornada escolar?      SI      NO

¿Llama la atención constantemente?                  SI      NO

¿Lleva pañales?      SI      NO

En caso de utilizar comedor:

¿Come de todo?      SI      NO

¿Rechaza algún alimento?                    SI      NO

¿Muestra interés por comer solo?      SI      NO

¿Se le da de comer?                      SI      NO

¿Se le despide al salir de clase?      SI      NO

Aspectos observados para merezcan ser contemplados en este periodo educativo:  
resumen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Burrana, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma de la educadora