# avaliación inicial educación infantil

entregar á titora o **3 de setembro**

CEIP PÍO XII SANTIAGO

## DATOS PERSOAIS

| | |
|---|---|
| Nome: | Data de nacemento: |
| Nome da nai: | |
| Profesión: | Idade: |
| Nome do pai: | |
| Profesión: | Idade: |
| Persoa titora legal: | |
| Domicilio: | |
| Teléfonos: | |
| Nº de irmáns: | Lugar que ocupa: |
| Nome dos/das que estean no centro e curso: | |

## HÁBITOS

| | |
|---|---|
| ALIMENTACIÓN | |
| Come só? | |
| Presenta alguna intolerancia alimentaria? | |
| Hai algún alimento que non ten permitido? | |
| SONO | |
| Cantas horas dorme? | Dorme só/soa? ☐ |
| Dorme a escuras? | Dorme con luz? ☐ |
| Acostuma a espertar pola noite? | |
| HIXIENE | |
| Presenta certa autonomía no aseo? | |
| Colabora no propio aseo e vestido? | |
| Ten que ser verstido/a? | Ten que ser bañado/a? ☐ |
| Controla esfínteres diurno? | Cando comezou? |
| Controla esfínteres nocturno? | Cando comezou? |
| VIDA RELACIONAL | |
| Con quen convive? | |
| Quen o coida habitualmente? | |
| Relacionase con outros nenos/as fóra do cole? | |
| Prefire xogar con adultos? | |
| Con quen xoga na casa? | |
| Que xogos e xoguetes son os seus preferidos? | |

## SAÚDE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tivo algunha enfermidade importante? | | Cal? | |
| Intervencións cirúrxicas? | | Cal? | |
| Tivo algún accidente importante? | | Cal? | |
| Seguiu ou segue algún tratamento? | | Cal? | |
| Ten algunha alerxia? | | A que? | |
| Enferma con frecuencia? | | | |
| Ten algún informe médico? | | Precisa dalgunha medicación? | |
| Dificultade: | Auditiva ☐ | visual ☐ | Motora ☐ |

## NIVEL MADURATIVO

| LINGUAXE | | | |
|---|---|---|---|
| Lingua habitual: | Castelán ☐ | | Galego ☐ |
| Pronuncia: | Correctamente | Intelixiblemente | Con dificultades |
| Cando empezou a falar? | 9-15 meses | 15-20 meses | A partir de 20 meses |

| MOTRICIDADE |
|---|
| Cando comenzou a andar? |
| Ten dificultades en desprazamentos: gateo, subir escaleiras, carreira? |
| Que man usa preferentemente? |

| TEMPERAMENTO |
|---|
| Cando ten algún conflicto como o resolve? |
| Como o corrixen vostedes? |
| Indique algún trazo do seu carácter que sexa sobresainte:<br>Tranquilo/a ☐ Agresivo/a ☐ Activo/a ☐ Inquedo/a ☐ Outros ☐<br>Distraído/a ☐ Tímido/a ☐ Lento/a ☐ Nervioso/a ☐ ☐ |
| Hay algún aspecto que lle preocupa do seu fillo/a? |
| Habitualmente:<br>Require moita atención dos pais?<br>Entretense só?<br>É caprichoso/a?<br>Deixase convencer con facilidade? |

## ESCOLARIDADE

| Asistiu á escola infantil de 1º ciclo(0-3) anos? | |
|---|---|
| Dende cando? | Ía a gusto? |
| Semella contento/a de vir á escola? | |
| Quen o vai recoller? | |
| Hai algún aspecto do que non se falou que lle preocupe do seu fillo/a? | |

## OBSERVACIÓNS

Santiago a __ de _____ 201_
Asinado