



**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN E O. U.  
**CEIP. PORTOFARO**

Paseo dos Templarios, nº 1  
15679 - O Temple – Cambre (A Coruña)  
☎ 881880345 – ☎ 881880349  
Email: [ceip.portofaro@edu.xunta.es](mailto:ceip.portofaro@edu.xunta.es)  
Web: <http://centros.edu.xunta.es/ceippportofaro>

**ALUMNA/O**

APELIDOS.....  
DATA DE NACEMENTO: ...../...../.....

NOME.....  
Nacionalidade:.....

**IRMÁNS**

Nº TOTAL.....

MAIORES (Nº):.....

MENORES (Nº):.....

**ENDEREZO**

Familiar  Nai  Pai

R/..... Nº ..... PISO.....

C.P..... POBOACIÓN..... CONCELLO.....

Teléfono domicilio familiar:..... Teléfono móvil: .....

**No caso de urxencia avisar a:**

Nai  Teléfonos: Traballo..... ext. .... Domicilio: ..... Móbil: .....

Pai  Teléfonos: Traballo..... ext. .... Domicilio ..... Móbil: .....

ou á..... Teléfonos.....

**NAI, PAI, TITOR/A**

NOME E APELIDOS DO PAI.....

D.N.I..... Data de nacemento.....

NOME E APELIDOS DA NAI.....

D.N.I..... Data de nacemento.....

NOME TITOR/A..... D.N.I.....

Relación co/a alumno/a.....

CONTINÚA →

**OUTROS DATOS**

¿Ten as vacinas normais?

SI     NON

¿Ten a vacina do tétanos?

SI     NON No caso afirmativo, data da última dose.....

¿Padece algún tipo de alerxia?

SI     NON    No caso afirmativo. ¿Cal?.....

¿Padece algún tipo de enfermidade?

SI     NON    No caso afirmativo ¿Cal?.....

¿Toma algún tipo de medicamento de forma habitual?

SI     NON    No caso afirmativo ¿Cal?..... Dose.....

¿Por que motivo o toma?.....

¿Hai algún motivo polo que non deba facer ximnasia ou exercicio físico?

SI     NON    No caso afirmativo ¿Cal?.....

Outras observacións sobre a saúde:

.....  
.....

**EDUCACIÓN INFANTIL****Hábitos**

¿Durme só? \_\_\_\_\_ Dende as: \_\_\_\_\_ ata as: \_\_\_\_\_

¿Necesita ter a luz acesa? \_\_\_\_\_ Medos: \_\_\_\_\_

¿Soña moito? \_\_\_\_\_ ¿Come pola súa man? \_\_\_\_\_ ¿Vístese só? \_\_\_\_\_

**Datos psicomotores**

Idade na que empezou a andar \_\_\_\_\_

Parte do corpo dominante:    dereita    esquerda

Problemas motores: \_\_\_\_\_

**Datos lingüísticos**

Idade na que empezou a falar: \_\_\_\_\_

Problemas lingüísticos: \_\_\_\_\_

¿Con quen vive a/o nena/o? \_\_\_\_\_

Lingua materna: \_\_\_\_\_

No caso de presentarse unha urxencia e non poder localizar a ningunha das persoas que figuran no apartado ENDEREZO, e salvo indicación en contra, será trasladado/a ó Centro Médico máis próximo ou ó Hospital da Seguridade Social.

O Temple,.....de.....de 202...

A Nai, Pai ou Titor/a legal

Asdo.....