



## RECOLLIDA DE DATOS INICIAL

Esta recollida de datos axuda a titora a coñecer á nena/ao neno e as súas circunstancias antes de inicio da actividade lectiva. Agradecemos a familia a súa colaboración para conseguir que a adaptación do neno/nena á escola sexa o mais satisfactoria posible.

### DATOS PERSOAIS:

NOME E APELIDOS DA NENA /DO NENO: \_\_\_\_\_

DATA DE NACEMENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE URXENCIA: \_\_\_\_\_

### DATOS FAMILIARES:

NOME DA NAI/TITORA: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NOME DO PAI/TITOR: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IRMÁNS: \_\_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELES: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE EN CASO DE AUSENCIA DOS PROXENITORES: \_\_\_\_\_

PERSOAS CONVIVINTES NO FOGAR :

Pai

Nai

Irmáns

Outros: \_\_\_\_\_

TIPO DE FAMILIA: (Nuclear/monoparental/adoptiva/acollida/pais separados/extensa...)

\_\_\_\_\_

EXISTE ALGUNHA SITUACIÓN FAMILIAR QUE TIVÉSE AFECTADO Á SÚA NENA /O SEU NENO  
(en caso afirmativo, pode facerse unha breve descrición): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ASPECTOS SANITARIOS:

ENFERMIDADES PROPIAS DA IDADE: \_\_\_\_\_

OUTRAS VACINAS: \_\_\_\_\_

ENFERMIDADE CRÓNICA: \_\_\_\_\_

PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN/OUTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HÁBITOS E AUTONOMÍA

(rodear o que proceda)

CONTROL DE ESFÍNTERES: DIURNO: SI / NON NOCTURNO: SI / NON

HORAS DE SONO: \_\_\_\_\_ ALTERACIÓNS DO SONO: \_\_\_\_\_

ALIMENTACIÓN: COME SÓLIDO/ TRITURADO / LÍQUIDO

COME SÓ/ COME CON AXUDA/DANLLE DE COMER

USO DE CHUPETE: SI / NON EN QUÉ SITUACIÓNS \_\_\_\_\_

USO DE BIBERÓN: SI / NON EN QUÉ SITUACIÓNS \_\_\_\_\_

VÍSTESE SOA/SÓ: SI / NON ÍSPESE SOA/SÓ? SI / NON

CÁLZASE E DESCALZASE SOA/ SÓ: SI / NON LAVA SOA/ SÓ AS MANS: SI / NON

RECOLLE OS SEUS XOGUETES: SEMPRE/AS VECES/ NUNCA

## DATOS PSICOMOTORES

IDADE Á QUE EMPEZOU A ANDAR \_\_\_\_\_

DIFICULTADES MOTORAS? \_\_\_\_\_

APRECIACIÓN DE DOMINANCIA DE MAN DEREITA/ESQUERDA \_\_\_\_\_

## DATOS LINGÜÍSTICOS

IDADE DE INICIO DA FALA \_\_\_\_\_

ALTERACIÓNS DA LINGUAXE? \_\_\_\_\_

LINGUA PRINCIPAL NO FOGAR: \_\_\_\_\_

## ACTIVIDADES COTIÁS NA CASA

CON QUEN PASA O NENO/A MÁIS TEMPO? \_\_\_\_\_

COMPAÑEIRAS/COMPAÑEIROS DE XOGO? \_\_\_\_\_

HORAS QUE A NENA/ O NENO PASA VENDO A TV? \_\_\_\_\_

HORAS QUE PASA CON OUTRAS PANTALLAS?(MÓBIL, TABLET,...) \_\_\_\_\_

LENLLE CONTOS? \_\_\_\_\_ CON QUE FRECUENCIA? \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES FAVORITAS

---

---

## RESOLUCIÓN DE CONFLITOS

POR QUE MOTIVOS SOE TER CONFLITOS?

---

---

COMO REACCIONA?

---

---

COMO SE RESOLVEN ESES CONFLITOS?

---

---

## HISTORIAL ACADÉMICO

ASISTÍU A OUTRO CENTRO? \_\_\_\_\_ NOME DO CENTRO: \_\_\_\_\_

ADAPTOUSE BEN? \_\_\_\_\_

## ESCOLA

PORQUÉ ELIXIU ESTA ESCOLA PARA MATRICULAR AO SEU FILLO/A?

---

---

---

QUE AGARDA DA ESCOLARIZACIÓN DA SÚA NENA/ DO SEU NENO NESTA ESCOLA?

---

---

---

OUTRAS OBSERVACIÓNS QUE CONSIDERE COMUNICAR

---

---

---

GRAZAS

O equipo de mestras da EEI de Vilarrodís-Oseiro

*( as respostas están suxeitas á lei de protección de datos e de secreto profesional derivados da Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal)*