

Escuela Infantil Municipal **Datos niño/a:**

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

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

***Rellene los siguientes datos en caso de que haya habido cambios:*****Datos padre/madre/tutor/tutora:**

Nombre \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Nivel de estudios \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

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

**Datos padre/madre/tutor/tutora:**

Nombre \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Nivel de estudios \_\_\_\_\_

Centro de trabajo \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

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

**ENFERMEDADES:** Señale si padece y/o ha padecido enfermedades agudas, crónicas, alergias, trastornos digestivos, accidentes, hospitalizaciones...

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

Medicamentos que toma actualmente \_\_\_\_\_

Qué utiliza para bajarle la fiebre \_\_\_\_\_

Convulsiona o ha convulsionado con fiebre alta

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

**¡ATENCIÓN!** Alergias e intolerancias a algún medicamento. Indique SÍ o NO.  SÍ  NO  
En caso afirmativo indique cuáles y aporte documento médico si no lo ha hecho.  
En caso negativo indique "NINGUNA CONOCIDA" \_\_\_\_\_

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

¿Existe alguna circunstancia familiar que piense que puede afectar al niño/a? Señálela  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reciben colaboración de algún organismo público (Centro de Salud, Centro de Servicios Sociales, Gobierno de Aragón...) o de alguna asociación (Cáritas, Cruz Roja, asociaciones de emigrantes...)  SÍ  NO

En caso afirmativo indique cuál: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ALIMENTACIÓN:

actualmente

¿qué come?

Frutas

Pescados

Huevo

Verduras

Carnes

Legumbre

Lactancia materna

Biberón

Papillas

¿habitualmente come...?

Potitos

Chafado

Triturado

Troceado

¿Toma algo a mitad de noche? \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

---

---

---

---

**¡ATENCIÓN!** Alergias e intolerancias a algún tipo de alimento. Indique SÍ o NO.

En caso afirmativo indique cuáles y aporte documento médico si no lo ha hecho.

En caso negativo indique "NINGUNO CONOCIDO" \_\_\_\_\_

SÍ

NO

SUEÑO:

¿Dónde?

En su dormitorio solo/a

En cuna

En dormitorio con hermanos/as

En cama

En dormitorio de padres/madres

En cama con padres/madres

Otros \_\_\_\_\_

## HÁBITOS DE HIGIENE:

Orinal

WC

*Si utiliza pañales*

Todo el día

Durante la siesta

Por la noche

*Si se los ha quitado recientemente, indique cuándo*

## DESARROLLO PSICOMOTOR:

No se desplaza de ninguna manera

Mantiene equilibrio en la marcha

---

---

---

## CHUPETE:

¿Lo utiliza durante el día? 

SÍ	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Lo utiliza por la noche? 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

¿Tiene algún objeto que le acompañe y le consuele en determinados momentos?

¿qué/cuándo? \_\_\_\_\_

---

**OBSERVACIONES:**

Puede emplear esta parte para escribir cuantas observaciones estime oportuno.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Indique el nombre de las personas que pueden venir a recoger al niño/a además de los padres/madres/ tutores/tutoras. Puede incluir cuantas personas estime oportuno, pero **NO SE ENTREGARÁ** ningún niño/a **A AQUELLAS PERSONAS QUE NO ESTÉN AUTORIZADAS:**

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_ Telf \_\_\_\_\_

*En Zaragoza, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_*

*Firmado \_\_\_\_\_*