

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 _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

_____ con DNI _____ Telf _____

En Zaragoza, a _____ de _____ de 20__

Firmado _____