

**CUESTIONARIO INICIAL RELLENADO POR LA FAMILIA**  
**CURSO ESCOLAR 2017-2018**

*\*Se rellenará unos días antes de la reunión de septiembre.*

Nombre y apellidos:			
Fecha de nacimiento:		Lugar:	
Domicilio:			
Teléfono de contacto:		Otros teléfonos:	
Fecha de ingreso en el centro:			
Correo electrónico para contactar y comunicar circulares:			
En caso de urgencia avisar a:			

**DATOS FAMILIARES**

Datos de las personas que con viven en el domicilio familiar:

Familiar	Nombre	Teléfono de contacto
Padre		
Madre		
Tutor legal		
Nº de hermanos		
Hermanos/as en el centro		

Está de acuerdo con el ideario del centro:

Estado actual de los padres (separados, divorciados...):

**CUSTODIA:**

***(Entregar fotocopia de sentencia de divorcio entre los padres en caso de existir).***

Responsable en ausencia de los padres:

Teléfono:

### DATOS ESCOLARES

Asistencia a guardería:

Si  No  Tiempo:

Asistencia a otro colegio:

Si  No  Tiempo:

### ASPECTOS SANITARIOS \* IMPORTANTE APORTAR INFORMES EN CASO DE EXISTIR.

Enfermedades que ha pasado propias de la edad:

Enfermedades crónicas:

Grado de minusvalía:

Operaciones:

Visión:

Audición:

Pies:

Intolerancia Alimentaria:

Otro tipo de alergia:

Asma:

¿Requiere medicación?

Otros:

### HÁBITOS

Control de esfínteres:

Diurnos:

Nocturnos:

Sueño:

Horario:

Alteraciones del sueño:

Habitación compartida:

Utilización del chupete:

Alimentación:

Variedad:

Sólido:

Triturado:

Fruta:

Utilización del biberón:

Autonomía al realizar diferentes acciones;

Comer:

Desnudarse:

Vestirse:

Lavarse:

Orden:

Colaboración en casa:

Orden personal:

### **DATOS PSICOMOTORES**

Edad en que empezó a andar:

Gateo:

¿Camina de puntillas?:

Agilidad:

Parte del cuerpo dominante(derecha o izquierda):

Problemas motores:

### **DATOS LINGÜÍSTICOS**

Edad a la que empezó a hablar:

Problemas lingüísticos:

Se comunica verbalmente:

Déficit auditivo: ¿De qué tipo?

¿Su lenguaje es inteligible?

### **ACTIVIDADES HABITUALES EN CASA**

Compañeros de juegos:

Juguetes preferidos:

Actitud hacia la televisión y horas que pasa el niño/a ante ella:

Realización de dibujos:

Observación de cuentos:

Otras actividades:

Comportamiento del niño en casa:

¿Se relaciona con otros niños?

¿Expresa temores o miedos?

¿Se balancea en el asiento o de pie?

¿Es impulsivo?

¿Muerde, pega a los demás?

**PERMISO DE RECOGIDAS:**
**HABITUALMENTE ME RECOGERÁ:**

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	ALTA	BAJA

**TAMBIEN ME PUEDE RECOGER OCASIONALMENTE:**

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	ALTA	BAJA

*1.-Nota: Es obligatorio adjuntar fotocopia de DNI o pasaporte de padres, tutores y autorizados en este documento.*

**OBSERVACIONES:**

Con la cumplimentación del presente cuestionario el afectado queda informado y consiente que los datos recogidos, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y del Real Decreto 1720/2007 del Reglamento de desarrollo de la LOPD, serán incluidos en los ficheros denominados ALUMNOS y/o ORIENTACIÓN inscritos en el Registro General de Protección de Datos, cuyo Responsable del fichero es COLEGIO SALESIANOS ATOCHA y cuyas finalidades son agilizar la gestión administrativa y para un mejor conocimiento del alumno favoreciendo su rendimiento.

Además, queda informado de la existencia de otras cesiones previstas por ley como las realizadas a la Consejería de Educación para la expedición del libro de escolaridad, la emisión de títulos oficiales o la gestión de becas de estudio, a la Universidad para la gestión de las pruebas de acceso, etc.

Asimismo, podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a Ronda de Atocha, 27-28012 Madrid junto con prueba válida en derecho, como fotocopia del D.N.I. e indicando en el asunto "PROTECCIÓN DE DATOS".

**A CUMPLIMENTAR SÓLO CUANDO EL MENOR NO TENGA 14 AÑOS O SEA DISCAPACITADO.**

**Nombre del interesado/a cuya autorización de datos personales se solicitan:**

Yo.....

**con NIF.....represento y garantizo que soy el padre, madre o tutor del afectado cuya autorización de datos personales se solicitan. He leído y acepto los términos y condiciones que presentes y doy mi consentimiento para que sean llevados por el COLEGIO SALESIANOS ATOCHA.**

**Firma del padre Firma del madre Firma del tutor legal.**