



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA GUARDERÍA INFANTIL DE BERNARDOS

Datos del solicitante

Nombre y apellidos		NIF
Domicilio (calle o plaza, número)	Municipio	Parentesco con el alumno/a
Dirección correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono móvil

Datos del niño o niña

Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento
Domicilio (calle o plaza, número)	Municipio
Observaciones:	

Datos familiares

Nombre y apellidos de la madre		Edad
Estudios		Profesión
Nombre y apellidos del padre		Edad
Estudios		Profesión
Número de hermanos	Lugar que ocupa entre ellos	Personas que viven en casa
		Lengua hablada con el niño o niña <input type="checkbox"/> Castellano <input type="checkbox"/>
Nombre y apellidos de la persona responsable en caso de ausencia de los padres		Teléfono
Situación familiar <input type="checkbox"/> Vive con su padre y madre <input type="checkbox"/> Vive con su madre <input type="checkbox"/> Vive con su padre <input type="checkbox"/> Otras situaciones		Observaciones:

Aspectos sanitarios (indicar si hay alguna cuestión que es necesario conocer para la mejor atención del niño o niña)

Embarazo	
Parto	
Enfermedades propias de la edad que ha padecido	
Vacunas	
Enfermedades crónicas	
Operaciones	
Medicación	
Visión	
Audición	
Alergias	
Piel	
Pies	
Otros datos	

Hábitos

Alimentación

- Biberón
- Papillas
- Sólido

Tomas diarias

Gustos y preferencias

Alteraciones de la alimentación

.....

Sueño

Horario Alteraciones del sueño

Indicadores de sueño habituales:

Objeto al que se aferra:

Autonomía

A la hora de comer:

A la hora de vestirse:

En la higiene personal:

En los desplazamientos:



Datos psicomotores

Se arrastra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se mantiene de pie <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Voltea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Camina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gatea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas motores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

En el caso de tener problemas motores ¿Cuáles son?

.....

.....

Datos lingüísticos

Emite sonidos simples:

Emite sílabas aisladas:

Pronuncia frases de una sola palabra:

Imitación imperfecta del lenguaje adulto:

Comportamiento habitual en casa

El juego

¿Tiene compañeros de juego?: Sí No ¿Quiénes?.....

¿Cómo se relaciona con ellos?

Dependiente Líder Afectuoso Agresivo Posesivo

¿Muestra preferencias por algún juguete? Sí No ¿Cuál? :

Actitud hacia la televisión

¿Pide ver la televisión?: Sí No ¿Con qué frecuencia?.....

¿Cuáles son los programas que más le gustan?:

.....

¿Los imita en sus juegos habituales? :

Dependencia del chupete

Se aferra al chupete:

Todo el día En momentos esporádicos Sólo para dormir

Tipo de chupete:

Objeto que sustituye al chupete:

Relaciones personales

Con los padres:
Con los hermanos:
Con otros adultos:
Con otros niños:

Por todo ello,

SOLICITA la admisión de su, durante el curso 2014-2015, en la Guardería infantil municipal de Bernardos, acogida al Programa CRECEMOS en el que participan el Ayuntamiento de Bernardos, la Junta de Castilla y León y la Diputación Provincial de Segovia, según las bases de la convocatoria y la Ordenanza y Reglamento regulador de la Guardería infantil municipal de Bernardos.

Bernardos, a de de 2014

Fdo.:

Sr. Alcalde de Bernardos