

EDUCADORA

FECHA

ENTREVISTA INICIAL 1-2 AÑOS

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/A

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nombre y apellidos del niño/a | |
| Fecha de Nacimiento | |
| Lugar de Nacimiento | |
| Nacionalidad | |
| Domicilio | |
| Horario de permanencia en el centro | |
| Email de contacto | |
| Teléfono de urgencia | |
| Número de hermanos/as | |
| Lugar que ocupa | |

DATOS FAMILIARES (MADRE/PADRE/TUTOR)

DATOS DEL PADRE

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| DNI o Documento de identidad | |
| Edad | |
| Profesión | |
| Teléfono móvil | |
| Teléfono fijo (casa/trabajo) | |
| E-mail | |

DATOS DE LA MADRE

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre y apellidos | |
| DNI o Documento de identidad | |
| Edad | |
| Profesión | |
| Teléfono móvil | |
| Teléfono fijo (casa/trabajo) | |
| E-mail | |

DATOS MÉDICOS

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Existieron problemas durante el embarazo? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Existieron problemas durante el parto? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Hubo problemas neonatales? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene alguna alergia? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene alguna intolerancia? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene alguna minusvalía? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Toma alguna medicación a diario? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Toma algún tipo de vitamina? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Se le ha puesto las vacunas correspondientes a su edad? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

Observaciones

HÁBITOS

ALIMENTACIÓN

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| Toma biberón | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿En qué etapa del proceso alimenticio se encuentra? | <input type="checkbox"/> Puré | <input type="checkbox"/> Solido triturado | <input type="checkbox"/> Solido |
| ¿Come solo, necesita ayuda o hay que dárselo? | | | |
| ¿Dónde suele dar de comer a su hijo/a? | <input type="checkbox"/> Trona | <input type="checkbox"/> Silla | |
| Toma algún tipo de verduras ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Toma frutas? ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Le falta algún alimento por introducir? ¿Cuál? | | | |
| ¿Tiene buen apetito? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene problemas con la comida? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene alergia o intolerancia a algún tipo de alimentos? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| Si tiene alguna intolerancia o alergia, ¿a qué síntomas deben de estar atentos el personal de la Escuela? | | | |
| ¿Cuál es su actitud ante la comida? | <input type="checkbox"/> Tranquilo/a | <input type="checkbox"/> Nervioso/a | <input type="checkbox"/> Ansioso/a |
| | <input type="checkbox"/> Otros..... | | |

Otras observaciones

SUEÑO

| | | | |
|--|---|-----------------------------|--|
| ¿Duerme con chupete? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Duerme con algún muñeco u objeto de apego? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Cuántas horas duerme por la noche? | | | |
| ¿Cuál es su horario de sueño nocturno? | | | |
| ¿Duerme durante el día? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Cuántas horas duerme durante el día? Por favor marca su duración | | | |
| ¿Duerme solo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Cuál es la mejor forma de dormirle? | <input type="checkbox"/> Mecerlo <input type="checkbox"/> Tocarle <input type="checkbox"/> Con música <input type="checkbox"/> Cantándolo <input type="checkbox"/> Otros | | |
| ¿Qué postura prefiere para dormir? | | | |
| ¿Llora cuando se le acuesta? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Llora cuando se despierta? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Cuál es su rutina al acostarlo? | | | |
| ¿Duerme en oscuridad total o tolera algún grado de claridad? | | | |
| ¿Cómo se le nota a su hijo/a cuando comienza a estar cansado? | | | |

Otras observaciones

HIGIENE

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Se baña diariamente? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Tiene alergia a algún tipo de producto de higiene? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Usa colonia? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Usa crema? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Acepta el cambio de pañal? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

Otras observaciones

VIDA RELACIONAL

RELACIONES AFECTIVO SOLICIALES

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Con quién se relaciona el niño/a? | | |
| ¿Se muestra dependiente de los adultos? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Llora ante personas desconocidas? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Está en contacto con otros niños/as? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Se entretiene solo? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cómo se entretiene solo? | | |
| ¿Muestra sus emociones? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cómo reacciona cuando no consigue lo que quiere? | | |
| ¿Suele morder o pegar? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cuál es su juguete preferido? | | |
| ¿Cuál es su actividad preferida? | | |

DESARROLLO MADURATIVO

DESARROLLO PSICOMOTOR

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Cómo se desplaza? | <input type="checkbox"/> Reptando | | |
| | <input type="checkbox"/> Gateando | | |
| | <input type="checkbox"/> Caminando | | |
| Es capaz de sentarse y levantarse | <input type="checkbox"/> Con apoyo | | |
| | <input type="checkbox"/> Sin apoyo | | |
| | <input type="checkbox"/> No es capaz | | |
| Es capaz de sujetar la cuchara | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Le gusta arrastrar juguetes? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Puede hacer una torre de dos piezas? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |

LENGUAJE

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Entiende los mensajes del adulto? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Intenta expresarse a través del lenguaje oral? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Repite o imita palabras? | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Qué palabras dice? | | | |
| ¿Puede formar una frase? | | | |

DESARROLLO EMOCIONAL

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ¿Cómo describirías su carácter? | <input type="checkbox"/> Sensible | <input type="checkbox"/> Tranquilo/a | <input type="checkbox"/> Nervioso/a | |
| | <input type="checkbox"/> Movido/a | <input type="checkbox"/> Tímido/a | <input type="checkbox"/> Extrovertido/a | <input type="checkbox"/> Cariñoso/a |

Otras observaciones

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

D/ Doñacon
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....
Y
D/Doña.....con
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....

autorizo a las personas relacionadas, para la recogida de mi hijo/a en la Escuela infantil
AMANECER y firmo esta autorización en señal de conformidad.

| Nombre y apellidos | Número de DNI |
|--------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

En..... ade..... de 20....

Fdo..... **Fdo** **Fdo**.....

AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES

D/ Doñacon
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....
Y
D/Doña.....con
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....

autorizo a las personas relacionadas, para la recogida de mi hijo/a en la Escuela infantil
AMANECER en caso de no localizar a los padres y firmo esta autorización en señal de
conformidad.

| Nombre y apellidos | Número de DNI | Teléfono |
|--------------------|---------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

En Valladolid a de 20

Fdo..... Fdo.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TRATAMIENTO DE IMÁGENES/ VOZ DE ALUMNOS EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA CURSO 20.../20.....

La rápida evolución tecnológica, así como la proliferación de plataformas de difusión de la actividad de los centros implica el tratamiento de datos de carácter personal de alumnos con finalidades distintas a la estrictamente educativa, por lo que es necesario contar con el consentimiento de padres y/o tutores de alumnos menores de 14 años.

Con carácter previo a la firma del presente documento usted deberá leer la información relativa a la protección de datos de carácter personal sobre el tratamiento de imágenes/voz de los alumnos en centros docentes de titularidad pública, que se detalla al dorso del presente documento.

Siendo el alumno/a menor de 14 años

D/ DoñaCON
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....

Y
D/Doña.....CON
DNI.....(padre/madre/tutor) como responsable del
niño/a).....

CONSIENTE a la **ESCUELA INFANTIL AMANECER** el tratamiento de la imagen/voz de su hijo/a, especialmente mediante fotografías o videos, con la finalidad de difundir las actividades de la escuela en los siguientes medios:

(Sólo se entenderá que consiente la difusión de imágenes/voz por los medios expresamente marcados a continuación)

Página Web de la Escuela Correo electrónico de la Escuela

Paneles informativos de la Escuela Pizarra digital de la Escuela

Documentos escritos oficiales Blog educativo de la Escuela
(Programaciones, memorias, proyectos.)

Medios de Comunicación con noticias.
(Prensa escrita y digital, radio, TV....)

En..... ade..... de 20....

Fdo..... Fdo Fdo.....

(Padre/madre/tutor/a del alumno/a)
(Nombre, apellidos y firma)

(Padre/madre/tutor/a del alumno/a)
(Nombre, apellidos y firma)

(Padre/madre/tutor/a del alumno/a)
(Nombre, apellidos y firma)

| INFORMACION SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS TRATAMIENTO DE IMÁGENES / VOZ DE ALUMNOS EN CENTROS DE TITULARIDAD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO, de 27 de abril de 2016. | | |
|---|--|---|
| EPÍGRAFE | INFORMACIÓN BÁSICA | INFORMACIÓN ADICIONAL |
| Responsable del tratamiento | Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa (Consejería de Educación) | Avda. Reyes Católicos 2, CP 47006, Valladolid Teléfono: 983 41 48 77 Correo electrónico: protecciondatos.dgcpyoe.educacion@jcyl.es Delegado de Protección de Datos: Avda. Monasterio de Ntra. Sra. de Prado, s/n, CP 47014, Valladolid Correo electrónico: dpd.educacion@jcyl.es |
| Finalidad del tratamiento | Difusión de las actividades de los centros docentes de titularidad pública de Castilla y León. | Usamos los datos relativos a imágenes/ voz de los alumnos, con la finalidad de difundir las actividades de los centros docentes de titularidad pública de la Comunidad de Castilla y León a través de los medios de difusión del centro que se detallan en el documento que figura en el anverso de esta información por el que se otorga o deniega el consentimiento para este tratamiento. Las imágenes / voz serán conservadas durante el curso académico en el que sean tomadas. |
| Legitimación del tratamiento | Consentimiento | Artículo 6.1 a) del RGPD Consentimiento de los padres o tutores para aquellos alumnos menores de 14 años, o de los propios alumnos, cuando tengan 14 o más años. El consentimiento se solicitará y deberá en su caso otorgarse para cada uno de los medios de difusión citados, siendo posible que se autorice el tratamiento de las imágenes/voz en unos medios de difusión y en otros no. |
| Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales | No se cederán datos a terceros. No están previstas transferencias Internacionales de datos. | La difusión de datos de imagen/voz en redes sociales o a través de cualquier otro medio de difusión universal e indiscriminada supondrá una comunicación de datos a terceros, que habrá de considerarse por las familias a la hora de prestar o no el consentimiento para el tratamiento de datos personales. |
| Derechos de las personas interesadas | Derecho a acceder, rectificar, y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional. | Tiene derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, en los términos de los artículos 15 a 23 del RGPD. |