

EDUCADORA

FECHA

**ENTREVISTA INICIAL 0-1**

**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 pecho	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Toma biberón	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántas tomas hace al día? Y ¿a qué hora?			
¿En qué etapa del proceso alimenticio se encuentra?	<input type="checkbox"/> Puré	<input type="checkbox"/> Solido triturado	<input type="checkbox"/> Solido
¿Suele regurgitar habitualmente durante o después de las comidas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Dónde suele dar de comer a su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Trona	<input type="checkbox"/> Hamaca	<input type="checkbox"/> Brazos <input type="checkbox"/> Otros.....
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	
¿Tienen buen apetito?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántas tomas hace al día? Y ¿a qué hora?			
Tienen 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	
¿Duerme en brazos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Cuál es la mejor forma de dormirle?	<input type="checkbox"/> Mecerle <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 cremas? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Acepta el cambio de pañal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### VIDA RELACIONAL

#### RELACIÓN CON LOS OTROS

¿Con quién se relaciona el niño/a?		
¿Se muestra dependiente de los adultos?	<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
¿Muestra sus emociones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

#### RELACIÓN CON LOS ESPACIOS Y OBJETOS

¿Muestra interés por los juguetes u algún tipo de objeto?		
¿Puede señalar los objetos con el dedo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Manipula y explora los objetos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuál es su juguete preferido?		
¿Cuál es su actividad preferida?		

Otras observaciones

--

## NIVEL MADURATIVO

### LENGUAJE

¿Cómo se comunica?	<input type="checkbox"/> Con gestos	<input type="checkbox"/> Sonido	<input type="checkbox"/> Algunas palabras
¿Cuándo comenzó el balbuceo?			
¿Se le habla con lenguaje adulto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Se le habla despacio y con claridad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Comprende órdenes sencillas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### DESARROLLO PSICOMOTOR

¿En qué etapa se encuentra?	<input type="checkbox"/> Mantiene la cabeza erguida <input type="checkbox"/> Se sienta con ayuda <input type="checkbox"/> Se da la vuelta en posición horizontal <input type="checkbox"/> Intenta ponerse de pie <input type="checkbox"/> Consigue ponerse de pie con ayuda <input type="checkbox"/> Sostiene y agita un objeto <input type="checkbox"/> Cambia un objeto de una mano a otra	<input type="checkbox"/> Se sienta solo/a <input type="checkbox"/> Repta <input type="checkbox"/> Gatea
-----------------------------	--	---

### 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/ Doña .....con  
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 Valladolid a .....de..... de 20.....

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

### AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES

D/ Doña .....con  
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 **AMANE CER** 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/Doña .....con DNI.....  
(padre/madre/tutor) del alumno/a .....  
Y D/Doña.....con DNI.....  
(padre/madre/tutor) del alumno/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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Página Web de la Escuela</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Correo electrónico de la Escuela</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Paneles informativos de la Escuela</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Pizarra digital de la Escuela</b>    |
| <input type="checkbox"/> <b>Documentos escritos oficiales</b><br>(Programaciones, memorias, proyectos.)           | <input type="checkbox"/> <b>Blog educativo de la Escuela</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Medios de Comunicación con noticias.</b><br>(Prensa escrita y digital, radio, TV....) |  |

En..... a .....de..... de 20....

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

<b>EPÍGRAFE</b>	<b>INFORMACIÓN BÁSICA</b>	<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>
<b>Responsable del tratamiento</b>	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.dgcpypoe.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
<b>Finalidad del tratamiento</b>	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.
<b>Legitimación del tratamiento</b>	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.
<b>Destinatarios de cesiones o transferencias internacionales</b>	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.
<b>Derechos de las personas interesadas</b>	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.