

**EDUCADORA**

**FECHA**

**ENTREVISTA INICIAL 2-3 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?			
¿Utiliza la cuchara y el tenedor para comer?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Dónde suele dar de comer a su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Trona	<input type="checkbox"/> Silla	
Toma todo tipo de verduras. ¿Cuáles no?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Toma todas las frutas? ¿Cuáles no?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Qué alimento le falta por introducir?			
¿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"/> Mecerle <input type="checkbox"/> Tocarle <input type="checkbox"/> Con música <input type="checkbox"/> Cantándolo <input type="checkbox"/> Otros .....		
¿Qué postura prefiere para dormir?			
¿Duerme en cama o en cuna?			
¿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	
¿Colabora durante el baño?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Colabora al asearse? (peinarse, lavarse los dientes, lavarse las manos ...)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Colabora al vestirse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Esa capaz de ponerse alguna prenda de vestir solo/a? ¿Cuál?	<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? ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Acepta el cambio de pañal?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Expresa verbal o gestualmente sus necesidades?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Antes o después de realizarlas	<input type="checkbox"/> Antes	<input type="checkbox"/> Después	
¿Controla el esfínter durante el día? ¿Desde cuándo, cuántas veces suele ir y a qué horas?			
¿Controla el esfínter durante la noche? ¿Desde cuándo, cuántas veces suele ir y a qué horas?			
¿Utiliza el WC o el orinal?			

Otras observaciones

## VIDA RELACIONAL

### RELACIONES AFECTIVO SOLICIALES

¿Ha estado escolarizado en otra escuela?		
¿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?		
¿Establece relaciones con facilidad?		
¿Conoce algunas normas básicas sociales? (por favor, saludar, despedirse)		

Otras observaciones

## DESARROLLO MADURATIVO

### DESARROLLO PSICOMOTOR

¿A qué edad empezó a andar?			
¿Sube y baja escaleras solo/a?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Es capaz de sujetar la cuchara y el tenedor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Puede hacer torres con más de 2 piezas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Corre, salta y se desenvuelve con normalidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Le gusta garabatear?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Baila al ritmo de la música?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Le gusta utilizar un triciclo o moto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### LENGUAJE

¿Entiende los mensajes del adulto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Puede seguir dos o más instrucciones?	<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?			
¿Puede mantener una conversación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
¿Comprende preguntas simples y puede responderlas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

### 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
---------------------------------	--

### 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..... 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 **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/ Doña .....CON  
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)

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

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: <a href="mailto:protecciondatos.dgcpyoe.educacion@jcyl.es">protecciondatos.dgcpyoe.educacion@jcyl.es</a>  <b>Delegado de Protección de Datos:</b> Avda. Monasterio de Ntra. Sra. de Prado, s/n, CP 47014, Valladolid Correo electrónico: <a href="mailto:dpd.educacion@jcyl.es">dpd.educacion@jcyl.es</a>
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	<b>Artículo 6.1 a) del RGPD Consentimiento</b> 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.