

Indique, por favor, los juegos o actividades que prefiere su hijo/a:

.....
.....

Su juguete preferido es:.....

Los fines de semana y las vacaciones:

Los pasa con los padres SI NO Hace excursiones o viajes SI NO

¿Dónde ha ido?.....

Asiste a espectáculos SI NO Otras actividades:.....

Horas que duerme por la noche:..... la siesta:.....

Tiene miedo por la noche SI NO Duerme con la luz encendida SI NO

Come alimentos sólidos SI NO Come solo SI NO ¿Con que tipo de comida tiene dificultad?.....

.....

Utiliza en algún momento chupa SI NO Y biberón SI NO ¿A que edad empezó su hijo/a a caminar?.....

¿Cuándo se mantuvo sentado/a por primera vez ?..... ¿A que edad empezó a hablar?.....

¿Tiene alguna dificultad en el habla?

¿Controla la micción? SI NO ¿Desde que edad?.....

¿Qué problema familiar plantea? Celos, rabietas, apatía.....

.....

.....

¿Existe alguna situación familiar que haya afectado a su hijo/a?.....

.....

¿Desea recibir la visita de los compañeros de su hijo/a en su casa?.....

¿Desea participar en alguna visita escolar como ayudante?.....

Por favor, especifique si su hijo/a necesita alguna atención especial.....

.....

.....

.....

Firmado padre / madre:..... Fecha:.....