

# INFORME INICIAL

## 2 AÑOS

1. Nombre del alumno

---

2. Nombre del padre y teléfono de contacto

---

3. Nombre de la madre y teléfono de contacto

---

4. Otros números de contacto

---

5. Número de hermanos y edades

---

---

6. Responsable en ausencia de los padres, teléfono y parentesco

---

---

---

---

7. Situación familiar

- Casado/a
- Soltero/a
- Pareja
- Separado/a
- Divorciado/a
- Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha estado escolarizado previamente?

- Sí
- No

Responsable:  
Colegio Estudiantes S.L.  
CIF: B85994150  
Dirección postal: Calle Frómista, 1, Las Tablas. 28050-Madrid.  
Delegado de Protección de Datos: dpd@colegioestudiantes.edu.es  
Finalidad: Ejecución de la labor propia como centro de enseñanza, mantenimiento de la relación con nuestros proveedores, cumplimiento de la relación laboral o contractual y procesos de selección.  
Legitimación: Ejecución de un contrato o cumplimiento de una obligación legal.  
Destinatarios: No se cederán datos a terceros salvo los supuestos previstos en la ley.  
Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.  
Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.colegioestudiantes.es](http://www.colegioestudiantes.es).

9. ¿Cómo se desarrolló el embarazo?

- Sin complicaciones
- Con complicaciones
- Otro: \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo fue el parto?

- Sin complicaciones
- Con complicaciones
- Otro: \_\_\_\_\_

11. ¿Ha estado hospitalizado? ¿Cuánto tiempo?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

12. ¿A qué hora se acuesta a diario?

\_\_\_\_\_

13. ¿Cuántas siestas hace durante el día?

- 1 siesta
- 2 siestas
- 3 siestas

14. ¿A qué horas son esas siestas?

\_\_\_\_\_

15. ¿Dónde queréis que duerma la siesta en clase?

- Cuna
- Cama montessori

16. ¿Necesita algún objeto o rutina para dormir?

\_\_\_\_\_

17. ¿Cómo es su alimentación?

- Triturados
- BLW
- Mixto

18. ¿Necesita tomar leche materna y/o fórmula en la escuela?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

19. ¿Tiene introducidos todos los alimentos?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

20. En caso negativo ¿qué alimentos no tiene introducidos?

\_\_\_\_\_

21. ¿Tiene alguna alergia e intolerancia?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

22. ¿Rechaza algún alimento?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

23. ¿A qué edad comenzó a gatear?

\_\_\_\_\_

24. ¿A qué edad comenzó a caminar?

\_\_\_\_\_

25. ¿A qué edad hizo los primeros sonidos?

\_\_\_\_\_

26. ¿Y las primeras palabras?

\_\_\_\_\_

27. ¿Se comunica con facilidad?

- Sí
- No
- Otro: \_\_\_\_\_

28. ¿Cómo es su pronunciación?

- Buena
- Regular
- Mala

29. ¿Cómo es su vocabulario?

- Rico
- Regular
- Pobre

30. ¿Qué destacarías de tu hijo/a?

---

---

31. ¿Te gustaría comentar algo que consideres importante?

---

---