

CURSO
2026 - 2027

CUESTIONARIO

INICIAL

EDUCACIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO PARA
PADRES, MADRES O
TUTORES LEGALES

Su opinión nos ayuda
a conocer mejor a su hijo/a
para acompañarle en su
aprendizaje y desarrollo.

1 DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Nombre del alumno/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

2 DATOS FAMILIARES

Nombre del padre: _____ DNI: _____

Nombre de la madre: _____ DNI: _____

Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____

Nombre con el que habitualmente
se dirigen al niño/a: _____

OTRAS CIRCUNSTANCIAS FAMILIARES QUE PUEDEN AFECTAR AL NIÑO/A.

¿Viven juntos los padres? ☐ Sí ☐ No

¿Es adoptado? ☐ Sí ☐ No

Otras personas (edad y parentesco) que viven
con el niño/a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

3 DATOS MÉDICOS

Conteste SÍ o NO y, en caso de respuesta afirmativa
especifique cuál/es.

¿La madre tuvo problemas en el embarazo o parto?

¿Tiene el niño/a alguna enfermedad o problema físico?

¿Tiene el niño/a problemas motrices?

¿Es alérgico/a a alimentos, medicamentos...?

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

¿Tiene actualmente algún tratamiento?

¿Hay antecedentes familiares de alguna enfermedad
como diabetes, tuberculosis, enfermedades mentales...?

¿Ha sufrido algún accidente?

¿Ha sido vacunado siguiendo el calendario
de vacunación?

Otros datos que tengan que aportar:

4 DESARROLLO Y ENTORNO

¿Cuál es el nivel de actividad física del niño/a?

☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

¿Tiene hábitos de alimentación adecuados?

☐ Sí ☐ No ☐ En proceso

¿Se asea e higiene de forma autónoma?

☐ Sí ☐ En proceso ☐ No

¿Controla esfínteres (orina y heces)?

☐ Sí ☐ En proceso ☐ No

¿Ha ido con anterioridad a otra Escuela Infantil,
guardería o centro educativo?

☐ Sí ☐ No

¿Cuál? _____

¿Tuvo algún problema a destacar?

Gracias por su colaboración.
Su información es muy valiosa
para ofrecer a su hijo/a
el mejor acompañamiento posible.

CURSO 2026 – 2027

CUESTIONARIO INICIAL

EDUCACIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO PARA
PADRES, MADRES O
TUTORES LEGALES

Su opinión nos ayuda a conocer mejor
a su hijo/a para acompañarle en su aprendizaje y desarrollo.



CURSO 2026 - 2027

CUESTIONARIO INICIAL

EDUCACIÓN PRIMARIA

CUESTIONARIO PARA
PADRES, MADRES O
TUTORES LEGALES



1

DATOS PERSONALES



Nombre del alumno/a: _____



Fecha de nacimiento: _____



Domicilio: _____



Localidad: _____



Teléfono de contacto: _____



Correo electrónico: _____



2

DATOS FAMILIARES

MADRE / TUTORA LEGAL

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Teléfono: _____



Correo electrónico: _____

Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____



PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____



Nº de hermanos/as: _____

Lugar que ocupa: _____

Nombre con el que habitualmente se dirigen al niño/a: _____

3

DATOS MÉDICOS



¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Es alérgico/a a alimentos, medicamentos o algún otro elemento?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Toma actualmente algún medicamento?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Ha sido vacunado/a según el calendario oficial?

☐ Sí ☐ No

¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

Otros datos de interés:

4

DESARROLLO Y ENTORNO



¿Cuál es el nivel de actividad física del niño/a?

☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto

¿Tiene hábitos de estudio en casa?

☐ Sí ☐ En proceso ☐ No

¿Cómo describiría su carácter o personalidad?



¿Hay algo importante que debemos saber sobre él/ella?



¡Gracias por tu colaboración!
Esta información nos ayudará a acompañar mejor
el aprendizaje y bienestar de tu hijo/a.



3 DATOS MÉDICOS



¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____



¿Es alérgico/a a alimentos, medicamentos o algún otro elemento?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____



¿Toma actualmente algún medicamento?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____

¿Con qué frecuencia? _____



¿Ha sido vacunado/a? ☐ Sí ☐ No ¿Según el calendario oficial? ☐ Sí ☐ No



¿Ha sufrido alguna intervención quirúrgica?

☐ Sí ☐ No ¿Cuál? _____ ¿Cuándo? _____



Otros datos de interés que debemos conocer sobre su salud:

4

DESARROLLO Y ENTORNO



¿Cuál es el nivel de actividad física del niño/a?

☐ Bajo ☐ Medio ☐ Alto



¿Tiene hábitos de estudio en casa?

☐ Sí ☐ En proceso ☐ No



¿Cómo describiría su carácter o personalidad?



¿Hay algo importante que debemos saber sobre él/ella?



¡Gracias!

Su colaboración es muy valiosa para ofrecer a su hijo/a el mejor acompañamiento posible.





4

DESARROLLO Y ENTORNO



1. ¿Cuál es el nivel de actividad física del niño/a?

☐

Bajo

☐

Medio

☐

Alto



2. ¿Tiene hábitos de estudio en casa?

☐

Sí

☐

En proceso

☐

No



3. ¿Cómo describiría su carácter o personalidad?



4. ¿Cómo se relaciona con otras personas (familia, amigos, compañeros)?



5. ¿Hay algo importante sobre su entorno familiar o social que debemos conocer?



6. ¿Hay algo más que considere relevante para apoyar el desarrollo y bienestar de su hijo/a en la escuela?

7. OTROS COMENTARIOS



Su opinión es
muy importante
para nosotros.



¡Gracias por su colaboración!

Esta información nos ayudará a acompañar mejor
a su hijo/a en su aprendizaje y crecimiento.

