



## **CUESTIONARIO PERSONAL PARA NIÑOS/AS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES**

### Procedencia:

Centro donde está escolarizado	
Dirección	

### Características personales:

Grado de minusvalía	%	
Tipo de minusvalía (marcar con una X en las que corresponda)		
Física	Psíquica	Sensorial
Física	Psíquica	Sensorial
Observaciones		
Necesita silla de ruedas	si	no
Precisa medicación	si	no

### Otros Datos:

¿Precisa medicación y/o tratamiento específico?:  SI  NO  
 (marque lo que proceda)  
 En caso AFIRMATIVO, cumplimente el siguiente cuadro:

MEDICAMENTOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE

• Otras Especificaciones:  
 GRUPO SANGUINEO: .....

Tiene la vacuna antitetánica ..... Fecha ..... / ..... / .....

¿Padece enfermedad infecto-contagiosa?.....

¿Padece epilepsia?.....De qué clase .....

Ausencias:.....Son controladas con medicación:.....

¿Sufre asma?..... ¿Se mareo con facilidad?.....

¿Utiliza gafas?..... ¿Utiliza audífono?.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

*(Firmará el padre, la madre, el tutor o representante legal)*

## CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Coloque una cruz en la casilla correspondiente, y amplíe todo lo que pueda ayudar al equipo de educadores a conocer y tratar bien a su hijo desde el primer momento.

APELLIDOS		NOMBRE		EDAD	
¿Tiene alguna alergia?		¿A qué?			
¿Actualmente sigue algún tipo de tratamiento?			Señalarlo en la autorización de padres		

COMIDA-BEBIDA	SI	NO	OBSERVACIONES
Necesita beber mucho			
Problemas al tragar			
Tiene alergia a algún alimento			
Bebidas/comidas contraindicadas (chuches, coca-cola, frutos secos....)			
Sigue algún tipo de dieta			¿Cual?

MOVILIDAD	SI	NO	OBSERVACIONES
Anda solo			
Anda solo con dificultad			
Necesita apoyo continuo			
Utiliza silla de ruedas			

CONTROL ESFÍNTERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Total, día y noche			
Necesita ayuda para ir al baño			
Tiene programa para aprender			



<b>ASEO Y ROPA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Pequeña ayuda al lavarse y vestirse			
Ayuda física para todo			
Conoce y cuida sus cosas			

<b>LENGUAJE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Tiene lenguaje oral			
Muy escaso o poco claro			
Entiende y habla frases cortas			
Comprende ordenes y reglas			
Se expresa y entiende bien			
Utiliza un sistema alternativo de comunicación			

<b>RELACIÓN CON OTROS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Tímido y callado			
Se enfada fácilmente			
Presenta rabietas con frecuencia			
Cariñoso, habla y juega con todos			
A veces se escapa			



AFICIONES Y GUSTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Le gusta la piscina. No existen contraindicaciones para el desarrollo de actividades en medio acuático			
Necesita material de apoyo (manguitos, flotador, etc.)			
Utiliza tapones para los oídos			
Juegos deportivos			
Música y baile			
Andar y excursiones			

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Con el colegio			
Con otra entidad (señalar cual)			
Volvió contento			

**OTROS DATOS DE INTERÉS:** Rutinas, costumbres, relación con adultos, miedos, dietas específicas, etc. que crea de interés resaltar para su mejor adaptación al campamento urbano.

Fecha:

Firma:

*(Firmará el padre, la madre, el tutor o representante legal)*