



**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 |       |
|  |    |           | Mixta |
| 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:.....

¿Sufrir asma?..... ¿Se marear con facilidad?.....

¿Utilizar gafas?..... ¿Utilizar 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)*