



CUESTIONARIO PERSONAL PARA NIÑOS/AS CON NEE

Datos personales del niño/a y de escolarización:

Nombre y apellidos:	
Edad:	
Nombre del Centro:	Teléfono:
Dirección:	
Persona de contacto del centro educativo:	
¿Autoriza para contactar con el centro?	

Datos del certificado de discapacidad:

Grado de minusvalía	%		
Tipo de discapacidad (marcar con una X en las que corresponda)			
Física	Intelectual	Sensorial	Psíquica
Características:			

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 SANGUÍNEO:

¿Tiene la vacuna antitetánica?..... Fecha / /

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

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

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

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

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

¿Utiliza apoyo para la movilidad?.....¿Cuál?.....

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

Fecha:

Firma:

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



Coloque una cruz en la casilla correspondiente, y amplíe todo lo que pueda ayudar al equipo de educadores para adecuar la intervención educativa durante la actividad.

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

COMIDA-BEBIDA	SI	NO	¿CON APOYO?	TIPO DE APOYO
Necesita beber mucho				
Problemas al tragar				
Tiene alergia a algún alimento			¿Cuál?	
Intolerancia a bebidas/comidas excepcionales (chuches, coca-cola, frutos secos...)			¿Cuál?	
Sigue algún tipo de dieta alimenticia			¿Cuál?	

MOVILIDAD	SI	NO	¿CON APOYO?	TIPO DE APOYO
Anda de manera independiente				
Necesita apoyo continuo				
OBSERVACIONES: (Indica aspectos a destacar de la movilidad del participante)				

CONTROL ESFÍNTERES	SI	NO	OBSERVACIONES
Sabe cuando tiene que ir al servicio			
Sólo por el día			
Utiliza el papel higiénico de forma adecuada			
Necesita ayuda para ir al baño			
Hay que preguntar si quiere ir al servicio			¿Cada cuanto tiempo necesita ir al servicio?



HIGIENE	SI	NO	¿CON APOYO?	TIPO DE APOYO
Necesita ayuda para lavarse				
Necesita ayuda para vestirse				
Conoce y cuida sus utensilios de aseo				

LENGUAJE	SI	NO	¿CON APOYO?	TIPO DE APOYO
Posee lenguaje oral				
Tiene amplio vocabulario				
Tiene lenguaje claro				
Entiende y emite frases cortas				
Comprende ordenes y reglas				
Utiliza un sistema alternativo de comunicación			¿Cuál? ¿Existe posibilidad de aportar material para la comunicación?	

RELACIÓN CON SUS IGUALES	SI	NO	Estrategias educativas utilizadas para promover conductas positivas
Es tímido y/o callado			
Se enfada fácilmente			
Presenta rabietas con frecuencia			
Sabe jugar en grupo			
A veces se escapa			
PISCINA	SI	NO	OBSERVACIONES
Le gusta la piscina.			



Necesita material de apoyo (manguitos, flotador, etc.)			
Utiliza tapones para los oídos			
No existen contraindicaciones para el desarrollo de actividades en medio acuático			
Identifica sus pertenencias			
¿QUÉ LE GUSTA HACER EN SU TIEMPO LIBRE?			
Juegos deportivos			
Escuchar música y/o bailar			
Hacer excursiones			
Otros	¿ Cuales?		

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	SI	NO	OBSERVACIONES
Con el colegio			
Con otra entidad (señalar cual)			
Fue una experiencia positiva			

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.

--