



## **ENTREVISTA INICIAL: 1 - 2 AÑOS**

<b><u>DATOS DEL ALUMNO/A</u></b>	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
HORARIO CONTRATADO:	
DOMICILIO:	
TELÉFONO DE URGENCIA:	

<b><u>DATOS FAMILIARES</u></b>	
<b><u>DATOS DEL PADRE/TUTOR:</u></b>	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
TELÉFONO MÓVIL:	
TELÉFONO FIJO (CASA/TRABAJO)	
E-MAIL:	
<b><u>DATOS DE LA MADRE/TUTORA:</u></b>	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
TELÉFONO MÓVIL:	
TELÉFONO FIJO (CASA/TRABAJO)	
E-MAIL:	
<b><u>OTRA PERSONA A CARGO TUTOR/A:</u></b>	
PARENTESCO	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
TELÉFONO MÓVIL:	
TELÉFONO FIJO (CASA/TRABAJO)	
E-MAIL:	
<b><u>¿CON QUIÉN CONVIVE EL ALUMNO/A?</u></b>	
NOMBRE:	PARENTESCO:
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
NÚMERO DE HERMANOS/AS:	LUGAR QUE OCUPA:
NOMBRE DE HERMANOS/AS NO CONVIVIENTES:	
FAMILIAR CON EL QUE MÁS SE RELACIONA:	

### **SALUD:**



¿Ha sufrido su hija/o alguna enfermedad grave o recurrente? Por favor, especifique aquí y aporte los informes médicos pertinentes:

¿Tiene su hijo/a alguna medicación habitual?

¿Qué temperatura suele alcanzar cuando su hijo/a tiene fiebre?

¿Ha manifestado convulsiones u otro tipo de patologías cuando tiene fiebre?

¿Ha sufrido alguna operación? ¿Tiene programada alguna operación en los próximos meses?

¿Ha sido derivado o está en proceso de derivación a algún tipo de atención específica? Pediatría hospitalaria, Atención Temprana, revisiones frecuentes en especialidad médica hospitalaria (ejemplo, traumatología, neurología, etc.). Indicar cuál, frecuencia de asistencia y motivo de asistencia. Presentar, por favor, informes pertinentes.

Otras observaciones:

#### **SOCIALIZACIÓN:**

---

¿Cómo le llaman al niño o la niña en el ámbito familiar?

¿Qué personas están a cargo del niño/a fuera del centro escolar? (Nombre y parentesco o cargo.)

¿Asistió a algún otro Centro con anterioridad? Por favor, indique cuál, cuánto tiempo y qué tal se adaptó.

¿Suele relacionarse con otros niños o niñas? (familiares, parque, etc.)

¿Qué actitud muestra cuando está con otras niñas/os que conoce?

¿Qué actitud muestra cuando está con otros niños/as que no conoce?

¿Le molesta el ruido o el bullicio cuando está en lugares con mucha gente?  SI  NO



¿Suele separarse de sus personas de apego? A veces, frecuentemente, nunca, a diario, etc.

¿Qué actitud muestra cuando se separa de sus personas de apego y está con otros adultos diferentes a sus padres?

¿Cómo definiría el carácter de su hijo/a cuando se relaciona con otras personas?

Otras observaciones:

#### **ALIMENTACIÓN Y LACTANCIA:**

---

¿En qué etapa del proceso alimenticio se encuentra?

Lactancia  Biberón  Puré  Sólido triturado  Sólido

Alternancia varios tipos de alimentación  Especificar:

Nº de comidas y horario de las mismas:

¿Dónde suele darle de comer a su hijo/a? Por ejemplo, en trona, en hamaca, en brazos, varía, etc.

¿Mantienen algunas costumbres o rutinas especiales a la hora de las comidas? Por ejemplo, usar siempre la misma tetina de biberón o misma cuchara, cantarle, hacer una pausa en medio de la comida, etc.

¿Cuál es su actitud ante la comida? Se muestra tranquilo/a, nervioso/a, ansioso/a, expresa agrado, rechazo, etc.

¿Ponen en marcha ustedes alguna estrategia específica para facilitar que su hijo/a coma?



¿Muestra interés en manejar solo la cuchara?  SI  NO

¿Muestra alguna preferencia por algún tipo de alimento en especial?

¿Muestra algún rechazo por algún tipo de alimento en especial?

¿Su hijo/a suele regurgitar habitualmente durante o después de las comidas?  SI  NO

Si ha habido algún cambio en la alimentación, por ejemplo, paso de un tipo a otro, ¿ha supuesto algún problema?

¿Ha tenido o tiene alguna intolerancia o alergia? En caso afirmativo, por favor, presentar informes médicos pertinentes.

Si tiene alguna intolerancia o alergia, ¿a qué síntomas deben de estar atentos el personal de la Escuela?

Otras observaciones:

**SUEÑO:**

---

Horarios de sueño nocturno y diurno. Por favor, indicar hora y duración, incluyendo las siestas diurnas:

-  
-  
-  
-  
-

¿Son fijos o variables estos horarios?:

¿Dónde duerme las siestas diurnas? Carrito, hamaquita, cama, cuna, etc.



¿Dónde duerme las horas nocturnas? Colecho, cohabitación, habitación separada, con el hermano, etc.

¿Concilia el sueño diurno con facilidad?  SI  NO

¿Cuál es la mejor forma de dormirle? Por ejemplo: mecerle, tocarle, con música, cantándole, tapándose la carita con un *dudu* u objeto especial, con chupete, etc.

¿En qué posición se queda dormido su hijo/a?

¿En sus siestas diurnas, duerme en silencio absoluto o es indiferente el ruido que haya a su alrededor?

¿En las siestas diurnas, duerme en oscuridad total o tolera algún grado de claridad? ¿Varía según sueño diurno o nocturno?

¿Cómo se le nota a su hijo/a cuando comienza a estar cansado?

Otras observaciones:

#### **JUEGO Y BIENESTAR:**

---

¿Cuál es el humor predominante de su hija/o en el día a día?

¿Presenta su hija/o miedo a alguna situación u objeto?

¿Utiliza chupete cuando está despierto/a?  SI  NO

¿Tiene algún objeto de apego que utilice para calmarse cuando esté despierto/a?



¿Cuál es la forma más efectiva de calmar a su hija/o cuando está cansada/o o nerviosa/o?

¿Cómo reacciona su hija/o cuando no consigue lo que desea?

¿De qué forma suele pasar el tiempo su hijo/a cuando está en el hogar familiar?

¿Prefiere jugar solo, jugar con otros niños o jugar con los adultos?

¿Suele reclamar que el adulto le mire e interactúe mientras juega o permanece concentrado en el objeto que está manipulando?

¿Qué juguetes u objetos preferidos le gusta manipular al niño?  
(Indique el nombre que utiliza el niño y describa brevemente el objeto.)

Otras observaciones:

#### **HIGIENE Y CONTROL DE ESFINTERES:**

---

¿Ha sentado alguna vez su hijo en un orinal o en el WC? ¿Cuál es su reacción?

¿Ha hecho alguna vez micciones o deposiciones en el WC o en un orinal?  SI  NO

¿Cuántas deposiciones suele hacer su hijo/a a lo largo del día? ¿Tiene algún horario habitual?

¿Cuál es su consistencia (estreñida, normal o suelta)?

¿Dónde suele cambiarle el pañal a su hija/o? Cambiador, de pie, etc.

¿Cuál es su actitud ante el momento del cambio del pañal? Desagrado, agrado, indiferente.

¿Cuál es su actitud cuando se le asea tras las comidas? Desagrado, agrado, indiferente.

Otras observaciones:

### LENGUAJE Y COMUNICACIÓN:

---

Su capacidad de comprensión es:

Muy buena  Buena  Regular

¿En qué etapa se encuentra?

No emite ningún sonido

Emite sonidos inteligibles

Comienza a emitir sonidos comprensibles

Emite palabras

Emite frases de una sola palabra

Comienza a construir frases de más  
de una palabra

Si emite alguna palabra, por favor, indique cómo se expresa su hijo/a para que podamos comprenderle más fácilmente:

-Cómo la expresa su hijo/a:

Qué significa:

Si su hijo o hija no emite ningún sonido comprensible, indique, por favor, cómo se expresa o comunica con los adultos o con otros niños o niñas.

¿Cómo suele expresar el "No"?

¿Cómo suele expresar el "Sí"?

Otras observaciones:

### DESARROLLO MOTOR:

---



¿En qué etapa se encuentra?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se sienta solo                    | <input type="checkbox"/> Se sienta con ayuda             |
| <input type="checkbox"/> Repta                             | <input type="checkbox"/> Gatea                           |
| <input type="checkbox"/> Intenta ponerse de pie            | <input type="checkbox"/> Puede ponerse de pie solo       |
| <input type="checkbox"/> Se mantiene de pie con ayuda      | <input type="checkbox"/> Intenta caminar                 |
| <input type="checkbox"/> Camina con ayuda de las dos manos | <input type="checkbox"/> Camina con ayuda de una mano    |
| <input type="checkbox"/> Camina con dificultad             | <input type="checkbox"/> Camina perfectamente            |
| <input type="checkbox"/> Sube y baja escaleras con ayuda   | <input type="checkbox"/> Sube y baja escaleras sin ayuda |
| <input type="checkbox"/> Corre con dificultad              | <input type="checkbox"/> Se cae con frecuencia           |
| <input type="checkbox"/> Corre perfectamente               |  |

¿Cómo definiría las habilidades motoras de su hijo/a? Es hábil, aún es un poco inseguro, etc.

¿Disfruta su hijo con las actividades que implica movimiento o prefiere actividades más sedentarias?

¿Suele subirse o trepar por lugares altos o muebles?  SI  NO

Otras observaciones:

**OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA:**

---

\_\_\_\_\_

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_ del menor.



Y D. /D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

En calidad de \_\_\_\_\_ del menor.

AMBOS DECLARAMOS que los datos consignados son ciertos, asumiendo la responsabilidad en que se pudiera incurrir por falsedad en la instancia.

En Ponferrada, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma del/la Tutor/a del Centro:

Fdo.: \_\_\_\_\_



### Responsable del tratamiento

**Identidad:** Ayuntamiento de Ponferrada. NIF: P2411800B Plaza del Ayuntamiento, 1 – 24401 Ponferrada (León).

**Teléfono:** +34 987 446 600 **Delegado de Protección de Datos (DPD):** dpd@ponferrada.org

### Finalidad del tratamiento

**Finalidad:** Tramitar y gestionar su solicitud de matriculación de menores en las escuelas infantiles municipales.

**Plazos de conservación:** Los datos personales se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y documentación del Ayuntamiento.

### Legitimación

La base del tratamiento es el artículo 6.1.e) del RGPD el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público en base a Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local y la Ley 1/1998, de 4 de junio, de Régimen Local de Castilla y León.

Para evitar riesgos para los participantes se pueden solicitar datos de categorías especiales, como intolerancias alimentarias o enfermedades. La información que nos facilita se considera cierta bajo su responsabilidad. Los datos serán remitidos a las empresas encargadas del tratamiento que gestionan los servicios para que puedan adecuar las actividades a las necesidades del participante. El tratamiento de datos personales de salud se hace de acuerdo con el artículo 6.1 d) interés vital del participante en relación con el artículo 9.2 c del RGPD el tratamiento se produce en interés vital del interesado.

Los datos solicitados son los necesarios para la correcta tramitación de la solicitud.

### Destinatarios

No están previstas comunicaciones de datos a terceros salvo obligación legal, ni transferencias a terceros países u organizaciones internacionales.

### Derechos

Las personas interesadas tienen derecho a:

- Obtener confirmación sobre si el Ayuntamiento de Ponferrada está tratando sus datos personales.
- Acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso solicitar la supresión cuando entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para las cuales fueron recabados.
- Solicitar en determinadas circunstancias:
  - La limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso sólo serán conservados por el Ayuntamiento de Ponferrada para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
  - La oposición al tratamiento de sus datos, en cuyo caso, el Ayuntamiento de Ponferrada dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones, incluido el tratamiento de sus datos para decisiones individuales automatizadas.
  - La portabilidad de los datos para que sean facilitados a la persona afectada o transmitidos a otro responsable, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica.

También puede revocar el consentimiento otorgado cuando lo considere oportuno, sin perjuicio de la validez de los tratamientos realizados hasta la fecha de su revocación.



Ayuntamiento  
Ponferrada



aliados



SERVICIOS SOCIALES DE PONFERRADA

Los derechos podrán ejercitarse mediante escrito ante el Ayuntamiento de Ponferrada, Plaza del Ayuntamiento 1, 24401 Ponferrada (León), indicando en el asunto Ref. Protección de Datos o a través de la Sede Electrónica ([https://clic.ponferrada.org/sede/catalogoTramites.do?ent\\_id=1&idioma=1](https://clic.ponferrada.org/sede/catalogoTramites.do?ent_id=1&idioma=1).)

Si en el ejercicio de sus derechos no ha sido debidamente atendido podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 28001 Madrid – Sede electrónica: [sedeagpd.gob.es](http://sedeagpd.gob.es), con carácter previo podrá ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos del Ayuntamiento ([protecciondedatos@ponferrada.org](mailto:protecciondedatos@ponferrada.org)).