

DOCUMENT DE MATRICULACIÓ

EDUCACIÓ INFANTIL I CICLE INICIAL

MATRICULACIÓ CURS 2020-2021

NOM:

NIVELL P3

Data:.....

**DADES PERSONALS DE L'ALUMNE O ALUMNA**

Nom i cognoms:	
Nom abreviat d'ús (si s'escau)	
Data de naixement:	Lloc de naixement:
Domicili:	Població
Telèfons:	Telèfons avis... o persones que es pugui trucar en cas d'emergència:
.....	.....
.....	.....
.....	.....

**DADES PERSONALS DE LA FAMÍLIA**

Nom i cognoms:	Parentiu:
Data de naixement:	Lloc de naixement:
Professió:	
Domicili laboral:	
Horari:	
Telèfon feina:	

Nom i cognoms:	Parentiu:
Data de naixement:	Lloc de naixement:
Professió:	
Domicili laboral:	
Horari:	
Telèfon feina:	

### GERMANS I GERMANES

Nom	Edat	Activitat (treballa-estudia)

### ALTRES PERSONES QUE CONVIUEN AMB LA FAMÍLIA

Nom	Edat	Activitat (treballa-estudia)

### EN CAS DE SEPARACIÓ

Amb qui viu l'alumne o alumna	Pare <input type="checkbox"/>	Mare <input type="checkbox"/>
Qui en té la tutela	Pare <input type="checkbox"/>	Mare <input type="checkbox"/>
Freqüència que veu al	Pare <input type="checkbox"/>	Mare <input type="checkbox"/>
Edat de l'alumne quan es produí la separació		
Hi ha nova parella?		
Hi ha fills amb la nova parella que convisquin amb el nen o nena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Hi ha fills amb la nova parella que es relacionin amb el nen o nena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### LLENGÜA FAMILIAR

Els cònjuges entre ells	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>
L'alumne amb el pare/mare	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>
L'alumne amb el pare / mare	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>

<b>HISTORIAL ESCOLAR</b>	
Llar d'infants <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nom:
Edat d'ingrés:	Horari:
Feia us de menjador <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Llengua de relació i aprenentatge	<input type="checkbox"/> català <input type="checkbox"/> castellà <input type="checkbox"/> altres
Ha assistit a algun centre més? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Nom:
Motius del canvi: <input type="checkbox"/> canvi domicili <input type="checkbox"/> relacionats amb la propia escola <input type="checkbox"/> altres	
Si s'escau demanar treballs o informes	

## DADES EVOLUTIVES

<b>Malalties durant l'embaràs</b>	
Part <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Amb dificultats
<b>Desenvolupament motor</b>	
Va començar a gatejar <input type="checkbox"/> 6-12 mesos <input type="checkbox"/> més tard <input type="checkbox"/> no ho va fer	
Va començar a caminar <input type="checkbox"/> 9-16 mesos <input type="checkbox"/> altres	
<b>Desenvolupament del llenguatge</b>	
Primeres paraules <input type="checkbox"/> abans dels 12 mesos <input type="checkbox"/> després dels 12 mesos <input type="checkbox"/> altres	
Primeres frases <input type="checkbox"/> entre 18 i 24 mesos <input type="checkbox"/> més tard	
Articula bé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Comprèn bé el que se li diu <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
S'expressa bé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
<b>Patologies</b>	
Ha tingut alguna hospitalització <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Motiu: Temps d'ingrés: Professionals que intervenen: S'ha detectat canvis després de la hospitalització?	
Malalties que ha patit <input type="checkbox"/> refredats <input type="checkbox"/> varicel·la <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> angines <input type="checkbox"/> xarrampió <input type="checkbox"/> altres	
Ha tingut refredats sovint i això li ha ocasionat <input type="checkbox"/> molta mucositat <input type="checkbox"/> s'han fet drenatges <input type="checkbox"/> ja s'ha solucionat <input type="checkbox"/> està en procés	
Ha rebut o rep assistència d'altres serveis? <input type="checkbox"/> estimulació precoç <input type="checkbox"/> serveis socials <input type="checkbox"/> psicòloga <input type="checkbox"/> logopeda <input type="checkbox"/> altres	
S'ha detectat algun problema visual <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Està en tractament <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	
Quin?	
Professional de referència:	Centre:

S'ha detectat algun problema auditiu	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Està en tractament	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Quin?	Professional de referència: _____ Centre: _____	
Altres	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Està en tractament	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Quin?	Professional de referència: _____ Centre: _____	
Observacions		

## HÀBITS

<b>Hàbits de dormir</b>		
Hores que acostuma a dormir		
<input type="checkbox"/> entre 11 i 12 hores	<input type="checkbox"/> entre 10 i 11 hores	<input type="checkbox"/> menys de 10 hores
Seguides	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Fa migdiada <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Com és el seu son?		
<input type="checkbox"/> tranquil	<input type="checkbox"/> intermitent	<input type="checkbox"/> té insomni <input type="checkbox"/> altres <input type="checkbox"/>
Comparteix habitació		
<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Amb qui?
<b>Hàbits alimentaris</b>		
En el moment de néixer <input type="checkbox"/> materna <input type="checkbox"/> altres <input type="checkbox"/>		
Actualment predomina <input type="checkbox"/> papilles i triturats (infantil)		
<input type="checkbox"/> adulta		
<input type="checkbox"/> vegetariana		
Li costa menjar	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Menja sol o sola	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Al·lèrgies alimentàries:		
Al·lèrgies medicamentoses:		
Altres al·lèrgies:		
<b>Control d'esfínters</b>		
Es fa pipí de dia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Es fa pipí de nit	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Es fa caca de dia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Es fa caca de nit	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
És molt recomanables que els infants iniciïn el curs amb el control d'esfínters adquirit (sense bolquers)		
Porta xumet?		

### Altres hàbits

- |   |  |  |                                     |
|---|--|--|-------------------------------------|
| Es vesteix sol o sola                             | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            | <input type="checkbox"/> ho intenta |
| Es despulla sol o sola                            | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            | <input type="checkbox"/> ho intenta |
| Es renta sol o sola                               | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            | <input type="checkbox"/> ho intenta |
| Es endreçat o endreçada                           | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            | <input type="checkbox"/> ho intenta |
| Respon correctament a les demandes que se li fan  | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            |                                     |
| Col·labora segons les seves possibilitats         | <input type="checkbox"/> sí            | <input type="checkbox"/> no            |                                     |
| Com se li fa raonar quan ha de fer alguna demanda | <input type="checkbox"/> fent reflexio | <input type="checkbox"/> amb autoritat |                                     |
|   | <input type="checkbox"/> amb xantatge  | <input type="checkbox"/> altres        |                                     |

### Activitats a la llar

Activitats de joc espontànies

Tipus de joc li agrada més

Amb qui està quan surt de la llar d'infants

Hores davant de pantalles (televisió, tablet...)

### Com es mostra

- |                      |                             |                             |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Tímidament           | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Comunicativament     | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Mogut o moguda       | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Amb gelosia          | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Fa rebequeries       | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Mostra tics o manies | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Té pors nocturnes    | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

### Observacions de la família

## Observacions de l'Escola

Aquestes dades que ens faciliteu tindran únicament una finalitat educativa i dintre de l'àmbit professional del nostre centre.

El termini de conservació serà fins que el vostre fill o filla finalitzi l'escolaritat o relació amb en el nostre centre.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a:

<http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades>

Data: Badalona,      de      de 2020

Signatures de la família