

**DOSSIER DE
MATRICULACIÓ**

**CICLE MITJÀ
CICLE SUPERIOR**

MATRICULACIÓ CURS 20 - 20

NIVELL:

ESCOLA BADALONA PORT

Nº Matrícula

DATA:

DADES PERSONALS DE L'ALUMNE/A	
NOM I COGNOMS: Nom abreviat d'ús (si s'escau):	
DATA DE NAIXEMENT:	
LLOC DE NAIXEMENT:	
DOMICILI:	POBLACIÓ:
TELÈFON: - - - -	Telèfon avis o persona que es pugui trucar en cas d'emergència: - -

DADES DEL PARE	
NOM I COGNOMS:	
DATA DE NAIXEMENT:	
LLOC DE NAIXEMENT:	
PROFESSIÓ:	
LLOC DE TREBALL i DOMICILI LABORAL	
HORARI	
TELÈFON:	

DADES DE LA MARE	
NOM I COGNOMS:	
DATA DE NAIXEMENT:	
LLOC DE NAIXEMENT:	
PROFESSIÓ:	
LLOC DE TREBALL i DOMICILI LABORAL	
HORARI	
TELÈFON:	

GERMANS		
NOM	EDAT	ACTIVITAT (treballa o estudia)
ALTRES PERSONES QUE VIUEN AMB LA FAMÍLIA		
RELACIO AMB L'ALUMNE	EDAT	ACTIVITAT

EN CAS DE PARES SEPARATS		
AMB QUI VIU EL/LA NEN/A	PARE <input type="checkbox"/>	MARE <input type="checkbox"/>
QUI TÉ LA TUTELA	PARE <input type="checkbox"/>	MARE <input type="checkbox"/>
AMB QUINA FREQUÈNCIA VEU AL	PARE <input type="checkbox"/>	MARE <input type="checkbox"/>
EDAT QUE TENIA EL/LA NEN/A QUAN ES VAN SEPARAR		
EXISTEIX UNA NOVA PARELLA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TENEN FILLS AMB AQUESTA NOVA PARELLA QUE CONVISQUIN AMB EL/LA NEN/A?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
EXISTEIXEN FILLS D' AQUESTA NOVA PARELLA QUE ES RELACIONIN AMB EL/LA NEN/A?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

LLENGUA QUE PARLEN AMB LA FAMÍLIA			
Els pares entre ells	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>
El/la nen/a amb el pare	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>
El/la nen/a amb la mare	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>
Amb altres persones amb qui tracten assíduament	català <input type="checkbox"/>	castellà <input type="checkbox"/>	altres <input type="checkbox"/>

SI PROCEDEIX D'UN ALTRE CENTRE	
NOM DEL CENTRE:	
EDAT D'INGRÉS:	
HORARI QUE FEIA:	
FEIA ÚS DE MENJADOR	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
LLENGUA DE RELACIÓ I/O APRENTATGE	català <input type="checkbox"/> castellà <input type="checkbox"/> altres <input type="checkbox"/>
HA ASSISTIT A ALGUN ALTRE CENTRE MÉS?	SÍ <input type="checkbox"/> NOM:
MOTIU/S DEL CANVI <input type="checkbox"/> canvi de domicili <input type="checkbox"/> relacionats amb la pròpia escola <input type="checkbox"/> altres	
S'HA DETECTAT ALGUN PROBLEMA D'APRENTATGE?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> QUIN?
Si s'escau demanar treballs o informes del nen/a	

DADES EVOLUTIVES	
Malalties de la mare durant l'embaràs	
Part	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> amb dificultats
Desenvolupament motor	
Quan va començar a gatejar	<input type="checkbox"/> entre els 6 i els 12 mesos <input type="checkbox"/> més tard <input type="checkbox"/> no ho va fer
Quan va començar a caminar	<input type="checkbox"/> entre els 9 i els 16 mesos <input type="checkbox"/> altres
Desenvolupament del llenguatge	
Primeres paraules	<input type="checkbox"/> abans dels 12 mesos <input type="checkbox"/> a partir dels 12 mesos <input type="checkbox"/> altres
Primeres frases	<input type="checkbox"/> entre els 18 i els 24 mesos <input type="checkbox"/> més tard

Patologies	
Ha patit alguna hospitalització?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Motiu Temps que ha estat ingressat/ada Professionals que intervenen
S'ha detectat algun canvi després de la hospitalització?	
Malalties que ha patit	<input type="checkbox"/> constipats <input type="checkbox"/> angines <input type="checkbox"/> varicel.la <input type="checkbox"/> xarampió <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> altres
Rep o ha rebut assistència d'altres serveis?	<input type="checkbox"/> estimulació precoç <input type="checkbox"/> serveis socials <input type="checkbox"/> psicòleg <input type="checkbox"/> logopeda <input type="checkbox"/> altres
S'ha detectat algun problema?	<input type="checkbox"/> visual Està en tractament? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Quin? El porta algun professional? D'on és?
	<input type="checkbox"/> auditiu Està en tractament? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Quin? El porta algun professional? D'on és?

	Altres Està en tractament? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Quin? El porta algun professional? D'on és?
Ha patit refredats sovint i això li ha ocasionat:	<input type="checkbox"/> molta mucositat <input type="checkbox"/> otitis <input type="checkbox"/> altres <input type="checkbox"/> s'han fet drenatges <input type="checkbox"/> actualment està solucionat <input type="checkbox"/> actualment està en procés de solució
Observacions	

HÀBITS	
Quantes hores sol dormir? <input type="checkbox"/> al voltant d' 11/12 hores <input type="checkbox"/> al voltant de 10/11 hores <input type="checkbox"/> menys de 10 hores	Seguides sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Durant la nit sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fa migdiada sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Com és el seu son?	<input type="checkbox"/> intermitent <input type="checkbox"/> tranquil <input type="checkbox"/> pateix insomni <input type="checkbox"/> altres
Comparteix l'habitació? sí <input type="checkbox"/> Amb qui? no <input type="checkbox"/>	

ALIMENTACIÓ	
Actualment	<input type="checkbox"/> predomina l'alimentació adulta <input type="checkbox"/> vegetariana <input type="checkbox"/> menja fruita
Li costa menjar	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
És al·lèrgic/a algun aliment?	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> A quin
És al·lèrgic/a a algun medicament?	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> A quin
Altres al·lèrgies	

ALTRES HÀBITS	
És endreçat/ada	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Sol respondre correctament a les demandes que li fan els pares	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
De quina manera se li fa raonar quan ha de repetir alguna demanda, quan s'enfada, ...	<input type="checkbox"/> fent reflexió <input type="checkbox"/> amb autoritat <input type="checkbox"/> amb "xantatge" (si fas això et donaré allò altre) <input type="checkbox"/> altres

LLENGUATGE ORAL	
Articula bé	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/>
Comprèn bé el que se li diu	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/>
S'expressa bé	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/>

ACTIVITATS A LA LLAR	
Activitats que fa espontàniament	
Quin tipus de joc li agrada més?	
Activitats que fa amb	

la família durant les estones o dies d'oci	
--	--

ALTRES CONDUCTES / Com es mostra	
És tímid/a	
És comunicatiu/va	
És mogut/ada	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Té gelosia del/s germà/ns	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Fa rebequeries	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Té algun tipus de mania o tics?	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Quin?
Té pors o terrors nocturns	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> De què?
Quin ús fa de les pantalles (tv,tablets...)	

ALTRES DADES	
Servei de menjador	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Servei d'acollida	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> de vegades <input type="checkbox"/>
Sol·licitud de beca de menjador	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONS DELS PARES

OBSERVACIONS DE L'ESCOLA

Signatura del pare , mare o tutor/a

Data:

