



**IMPORTANTE:** La falsedad u omisión de los datos y documentos aportados podrá suponer la anulación de la plaza en cualquier momento.

Nombre:			
Primer apellido		Segundo apellido:	
Edad:			
¿Tiene alguna alergia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí. Si es que sí ¿a qué?	
¿Toma alguna medicación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí. Si es que sí adjunte receta con dosis	
Indique:	Problema:	Medicación:	Hora/s de toma:

COMIDA- BEBIDA	
Maneja bien cubiertos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Come de todo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesita beber mucho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas para tragar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Come sólo puré	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Preferencias y rechazos: _____	
_____	

LENGUAJE	
Muy escaso o poco claro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Entiende y habla frases cortas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se expresa y entiende bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usuario de lenguaje de signos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Implante o Audífonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lee los labios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Notas: \_\_\_\_\_

MOVILIDAD	
Sin ninguna limitación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anda sólo con dificultad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Necesita apoyo continuo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Utiliza silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RELACIÓN CON LOS OTROS	
Tímido y callado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se enfada fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cariñoso, habla y juega con todos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se relaciona bien con niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Notas: \_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTO	
Entiende y sigue las normas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiende a aislarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
A veces se escapa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ASEO Y ROPA	
Pequeña ayuda al lavarse y vestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ayuda física para todo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conoce y cuida sus cosas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Notas: \_\_\_\_\_

CONTROL DE ESFÍNTERES	
Total	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usa pañales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

EXPERIENCIA EN CAMPAMENTOS	
Con el colegio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Con Ayuntamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Volvió contento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Notas: \_\_\_\_\_

AFICIONES Y GUSTOS		Notas
Sabe nadar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Juegos de pelota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Música y baile	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Andar y excursiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**OTROS DATOS DE INTERÉS Y ASPECTOS A VIGILAR (médicos o de comportamiento):** Rutinas, costumbres, relación con adultos, miedos, trucos para que colabores, etc. , que crea de interés para su mejor adopción:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_