

## AUTORITZACIÓ SORTIDES

En/Na, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_,  
pare/mare/tutor legal, de l'alumne/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autoritza el seu fill/a a sortir de l'escola , per tal  
de realitzar les diferents activitats educatives que s'han organitzat durant aquest  
curs en el nostre entorn més proper.



Signatura:

## AUTORITZACIÓ SORTIDES

En/Na, \_\_\_\_\_, amb DNI \_\_\_\_\_,  
pare/mare/tutor legal, de l'alumne/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autoritza el seu fill/a a sortir de l'escola , per tal  
de realitzar les diferents activitats educatives que s'han organitzat durant aquest  
curs en el nostre entorn més proper.



Signatura:

## QÜESTIONARI PER A LA FAMÍLIA

L'objectiu d'aquest qüestionari és recollir informació rellevant que ens permeti conèixer millor al vostre fill/a.

Nom i cognoms del nen/a : \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_\_\_\_ Lloc: \_\_\_\_\_

|                          |                | MARE/PARE | MARE/PARE |
|--------------------------|----------------|-----------|-----------|
| Nom i cognoms            |                |           |           |
| DNI                      |                |           |           |
| Lloc i data de naixement |                |           |           |
| Feina                    | Professió      |           |           |
|                          | Horari laboral |           |           |
|                          | Telèfon        |           |           |
| Idioma                   |                |           |           |

- Nombre de germans/es: \_\_\_\_\_
- Edat i nom dels germans/es: \_\_\_\_\_
- Quin tipus de relació té amb els seus germans/es?:  
\_\_\_\_\_

- Hi ha alguna situació familiar destacable?:

☐ Separació. En aquest cas, qui té la custòdia? \_\_\_\_\_

☐ Viduitat

☐ Adopció

Amb qui viu l'infant? \_\_\_\_\_

## SALUT I DESENVOLUPAMENT

### HISTÒRIA PRENATAL

Indiqueu si van haver-hi complicacions durant l'embaràs i/o el part i si hi ha alguna conseqüència a tenir en compte:

---

---

---

### MALALTIES

- Presenta dificultats en algun dels següents aspectes? Des de quan?

☐ A la vista

☐ A la oïda

☐ Motriu

☐ Altres

- Visita algun especialista? Des de quan?

☐ Psicòleg

☐ Logopeda

☐ Neuròleg

☐ Altres

- Té algun tic o mania? Quin? \_\_\_\_\_

- Pateix algun tipus d'al·lèrgia? ☐ Sí ☐ no

A què? \_\_\_\_\_

Quins són els símptomes? \_\_\_\_\_

Quin protocol hauríem de seguir en cas d'al·lèrgia? \_\_\_\_\_

---

- Actualment, pren algun tipus de medicació crònica? ☐ sí ☐ no

Quina? \_\_\_\_\_

- Pateix convulsions febrils? ☐ sí ☐ no

En cas de patir una convulsió a l'escola quin protocol hauríem de seguir? \_\_\_\_\_

### LLENGUATGE

Quan va començar a parlar? \_\_\_\_\_

Pronuncia amb claredat? ☐ sí ☐ no

Produeix frases correctament? ☐ sí ☐ no

### ASPECTES SOCIALS I RELACIONALS

Amb qui es relaciona millor, amb adults o amb els nens?

\_\_\_\_\_

Fa amics amb facilitat? \_\_\_\_\_

Quin tipus de jocs li agraden més?

☐ dinàmics

☐ tranquils

☐ tots dos

A què jugueu amb ell/a? \_\_\_\_\_

En ocasions, es mostra gelós/a? ☐ Sí ☐ No

De qui? \_\_\_\_\_

Ha anat a la llar d'infants? ☐ Sí ☐ No

Quina? \_\_\_\_\_

Des de quan? \_\_\_\_\_

Va presentar dificultats en l'adaptació ? ☐ Sí ☐ No

Quines? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HÀBITS D'AUTONOMIA

Porta bolquers durant el dia? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

En cas de que no els porti, des de quan? \_\_\_\_\_

Porta bolquers durant la nit? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

En cas de que no els porti, des de quan? \_\_\_\_\_

Menja sòlids? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

Pren farinetes? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

Pren biberó? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

Esmorza abans de venir a l'escola? ☐ Sí ☐ No

Què? \_\_\_\_\_

Té pors? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Porta xumet durant el dia? ☐ Sí ☐ no ☐ a vegades

Porta xumet durant la nit? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

Dorm amb els pares? ☐ sí ☐ no ☐ a vegades

Planteja alguna dificultat per anar a dormir? ☐ Sí ☐ No

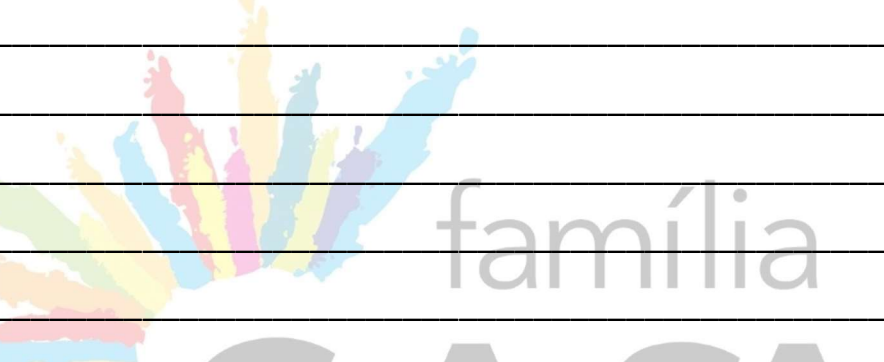
Es desperta amb malsons? ☐ Sí ☐ No

Amb quina freqüència? \_\_\_\_\_

A quina hora se'n va a dormir? \_\_\_\_\_

Quina rutina segueix per anar a dormir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
 Signatura del pare, mare o tutor/a

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Curs: \_\_\_\_\_ Data de naixement: \_\_\_\_\_ Edat: \_\_\_\_\_

Telèfons de contacte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pes actual: \_\_\_\_\_ Alçada actual: \_\_\_\_\_

1. El seu fill/a té algun problema de tipus cardiovascular?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

2. Pateix mareigs o pèrdues de consciència durant l'esforç o després?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

3. Pateix algun tipus d'al·lèrgies?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

4. Pateix asma o alguna dificultat respiratòria?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

5. Pateix alguna malaltia o deformació als ossos o articulacions?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

6. Pateix alguna alteració a la columna vertebral?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

7. Pateix alguna deformació als peus?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

8. El seu fill/a ha sofert alguna intervenció quirúrgica recent?

SI

NO

Si la resposta és afirmativa, poden ampliar les dades:

9. Si ha tingut alguna malaltia o traumatisme important, que no està indicada, indiquin-la aquí, si us plau:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Altres consideracions a exposar: \_\_\_\_\_

**Nota important:** No és obligatori respondre a la totalitat del qüestionari. Només demanem la seva col·laboració per a tenir en compte l'estat físic de l'alumne/a, i així, ens permetin evitar qualsevol tipus de lesió o trastorn derivat d'una falta d'informació o coneixement per part nostra. \*En cas d'adjuntar informe mèdic, fer-ho constar.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Signatura pare, mare o tutor/a

GAVÀ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

L'ALUMNE/A .....

JO ..... AMB DNI .....

I COM A PARE/MARE/TUTOR/TUTORA DE L'ALUMNE/A ESMENTAT ANTERIORMENT  
AUTORITZO A LES MESTRES D'EDUCACIÓ INFANTIL DEL COL·LEGI SAGRADA  
FAMÍLIA-GAVÀ A ADMINISTRAR AL MEU/MEVA FILL/A, EN CAS DE FEBRE,  
MEDICACIÓ EN LES EXCURSIONS I SORTIDES FORA DE L'ESCOLA:

☐ DALSY (dosis \_\_\_\_\_ )

☐ APIRETAL (dosis \_\_\_\_\_ )

Nº de Seguretat Social de l' alumne/a.....

I PERQUÈ AIXÍ CONSTI, SIGNO



AUTORITZACIÓ VÀLIDA PER A L'ETAPA D'EDUCACIÓ INFANTIL

GAVÀ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

L'ALUMNE/A .....

JO ..... AMB DNI .....

I COM A PARE/MARE/TUTOR/TUTORA DE L'ALUMNE/A ESMENTAT ANTERIORMENT  
AUTORITZO A LES MESTRES D'EDUCACIÓ INFANTIL DEL COL·LEGI SAGRADA  
FAMÍLIA-GAVÀ A ADMINISTRAR AL MEU/MEVA FILL/A, EN CAS DE FEBRE,  
MEDICACIÓ EN LES EXCURSIONS I SORTIDES FORA DE L'ESCOLA:

☐ DALSY (dosis \_\_\_\_\_ )

☐ APIRETAL (dosis \_\_\_\_\_ )

Nº de Seguretat Social de l' alumne/a.....

I PERQUÈ AIXÍ CONSTI, SIGNO



AUTORITZACIÓ VÀLIDA PER A L'ETAPA D'EDUCACIÓ INFANTIL

NOM DE L'ALUMNE/A .....  
DATA DE NAIXEMENT .....

NOM PARE O TUTOR.....

DNI.....

NOM MARE O TUTORA.....

DNI.....

DOMICILI.....

TLF DEL DOMICILI.....

MÒBIL PARE .....

MÒBIL MARE.....

ALTRES TELÈFONS:

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

#### SERVEIS

Acollida matí ☐  
(7:45-9:00)

Acollida tarda ☐  
(17'15-18'30)

Menjador ☐

NOM DE L'ALUMNE/A .....  
DATA DE NAIXEMENT .....

NOM PARE O TUTOR.....

DNI.....

NOM MARE O TUTORA.....

DNI.....

DOMICILI.....

TLF DEL DOMICILI.....

MÒBIL PARE .....

MÒBIL MARE.....

ALTRES TELÈFONS:

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

pertany a .....

#### SERVEIS

Acollida matí ☐  
(7:45-9:00)

Acollida tarda ☐  
(17'15-18'30)

Menjador ☐

GAVÀ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ALUMNE/A .....

JO (PARE/TUTOR)..... AMB DNI .....I

JO (MARE/TUTORA)..... AMB DNI .....

AUTORITZO A RECOLLIR AL MEU/MEVA FILL/A.....

.....A LES SEGÜENTS PERSONES:

| NOM   | PARENTESC | DNI   |
|-------|-----------|-------|
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |

I PERQUÈ AIXÍ CONSTI SIGNEM:

AUTORITZACIÓ VÀLIDA PER A L'ETAPA D'EDUCACIÓ INFANTIL

GAVÀ, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

ALUMNE/A .....

JO (PARE/TUTOR)..... AMB DNI .....I

JO (MARE/TUTORA)..... AMB DNI .....

AUTORITZO A RECOLLIR AL MEU/MEVA FILL/A.....

.....A LES SEGÜENTS PERSONES:

| NOM   | PARENTESC | DNI   |
|-------|-----------|-------|
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |
| ..... | .....     | ..... |

I PERQUÈ AIXÍ CONSTI SIGNEM:

AUTORITZACIÓ VÀLIDA PER A L'ETAPA D'EDUCACIÓ INFANTIL