

INFORME DE TRÁNSITO DE EDUCACIÓN INFANTIL A PRIMARIA

AÑO ACADÉMICO 201_ /201_ **Maestro/a tutor/a:**

DATOS DEL ALUMNO/A

NOMBRE:	APELLIDOS:	Fecha Nto:
Localidad:	Provincia:	Nacionalidad:
Nº Hermanos:	Posición que ocupa:	Nº de hermanos en el centro:
:	:	emergencia:

DATOS FAMILIARES

Tutor/a 1º:	Parentesco:	
Tutor/a 2º:	Parentesco:	
Situación: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		
Tutor legal: <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> ¿Sentencia judicial?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
El alumno/a vive habitualmente con:		
OBSERVACIONES:		

HISTORIAL ACADÉMICO

Fecha de matrícula en el centro:	En el nivel: <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 4 años <input type="checkbox"/> 5 años
Centros anteriores:	
Modalidad de escolarización: <input type="checkbox"/> en aula ordinaria <input type="checkbox"/> apoyo a la integración <input type="checkbox"/> aula específica	
La asistencia a clase ha sido: <input type="checkbox"/> Muy Buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala	
Ha permanecido un año más en la etapa <input type="checkbox"/> NO. <input type="checkbox"/> SI, por:	
PROMOCIONA	con un nivel: <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> bueno <input type="checkbox"/> suficiente <input type="checkbox"/> insuficiente
	por criterios: <input type="checkbox"/> de integración <input type="checkbox"/> evolutivos <input type="checkbox"/> imperativo legal

MEDIDAS EDUCATIVAS APLICADAS

<input type="checkbox"/> ACI de medios de acceso al currículo:	<input type="checkbox"/> personales	<input type="checkbox"/> ambientales	<input type="checkbox"/> materiales	
<input type="checkbox"/> ACINS, aspectos:	<input type="checkbox"/> organización	<input type="checkbox"/> metodología	<input type="checkbox"/> actividades	<input type="checkbox"/> temporalización
<input type="checkbox"/> Apoyo en clase	<input type="checkbox"/> Apoyo fuera de clase	<input type="checkbox"/> Apoyo Integración	<input type="checkbox"/>	

RELACIÓN FAMILIA-CENTRO

Buena colaboración	Poca colaboración	Colaboración, a demanda del centro
De demanda constante por parte de la familia	Conflictiva, difícil de trabajar con ella	
No ha sido posible por:		

INTERVENCIÓN DEL EOE

¿Tiene diagnóstico?:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI. En caso afirmativo, tipo:	<input type="checkbox"/> DIS <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> DES <input type="checkbox"/> SOB
Observaciones:		

INCIDENCIAS MÉDICAS

Enfermedades:
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?
¿Tiene alguna deficiencia orgánica?
Alergias a medicamentos:
Intolerancias alimentarias:
Tratamientos periódicos:
Otras (especificar):

ACTITUD Y COMPORTAMIENTO

Atento/a	<input type="checkbox"/>	Distraído/a	<input type="checkbox"/>	Perezoso/a	<input type="checkbox"/>	Trabajador/a	<input type="checkbox"/>
Motivado/a	<input type="checkbox"/>	Desmotivado/a	<input type="checkbox"/>	Agresivo/a	<input type="checkbox"/>	Dócil	<input type="checkbox"/>
Seguro/a	<input type="checkbox"/>	Inseguro/a	<input type="checkbox"/>	Irrespetuoso/a	<input type="checkbox"/>	Respetuoso/a	<input type="checkbox"/>
Reflexivo/a	<input type="checkbox"/>	Impulsivo/a	<input type="checkbox"/>	Nervioso/a	<input type="checkbox"/>	Sereno/a	<input type="checkbox"/>
Independiente	<input type="checkbox"/>	Dependiente	<input type="checkbox"/>	Poco sociable	<input type="checkbox"/>	Sociable	<input type="checkbox"/>
Participativo/a	<input type="checkbox"/>	Pasivo/a	<input type="checkbox"/>	Descuidado	<input type="checkbox"/>	Cuidadoso	<input type="checkbox"/>

¿CONOCE LOS CONCEPTOS BÁSICOS?

Indicar: S: SI; A: A VECES; N: NO

Encima/Debajo	S	A	N	Alto/Bajo	S	A	N	Más/menos	S	A	N
Arriba/Abajo	S	A	N	Lleno/Vacio	S	A	N	Largo/Corto	S	A	N
Delante/detrás	S	A	N	Duro/Blando	S	A	N	Grande/Pequeño	S	A	N
Dentro/Fuera	S	A	N	Grueso/Delgado	S	A	N	Seco/Mojado	S	A	N
Cerca/Lejos	S	A	N	Rápido/Lento	S	A	N	Algunas/Ningunas	S	A	N
Primero/Último	S	A	N	Caliente/Frío	S	A	N	Junto/Separado	S	A	N
Abierto/Cerrado	S	A	N	Meter/Sacar	S	A	N	Alrededor de	S	A	N
Muchas/Pocas	S	A	N	Antes/Después	S	A	N	Fila	S	A	N
Alegre/Triste	S	A	N	Todo/Nada	S	A	N	Entera	S	A	N
A un lado	S	A	N	Izquierda/Derecha	S	A	N	Mitad	S	A	N

¿CONOCE EL COLOR?

Indicar: S: SI; A: A VECES; N: NO

Rojo	S	A	N	Amarillo	S	A	N	Celeste	S	A	N	Blanco	S	A	N
Verde	S	A	N	Violeta	S	A	N	Rosa	S	A	N	Negro	S	A	N
Azul	S	A	N	Naranja	S	A	N	Marrón	S	A	N	Gris	S	A	N

CONOCIMIENTO DE SÍ MISMO Y AUTONOMÍA PERSONAL

Indicar: S: SI; A: A VECES; N: NO

Acepta y respeta las normas establecidas en la escuela	S	A	N
Expresa sentimientos y emociones	S	A	N
Conoce y valora a los miembros de su familia	S	A	N
Sabe utilizar adecuadamente los servicios (lavabo, water)	S	A	N
Adquiere progresivamente hábitos de higiene personal	S	A	N
Se comunica con el/la maestro/a y con sus compañeros	S	A	N
Tiene buena relación con los compañeros en clase	S	A	N
Tiene buena relación con los compañeros en el patio	S	A	N

