



Información general

Nombre del niño	
Fecha de nacimiento	
Fecha de llenado	
Completado por	
¿Cuál es la fecha de inicio deseada para su hijo?	
Número de teléfono / móvil	Padre
	Madre:
	Emergencia:

Recoger

¿Quién vendrá a recoger a su hijo?	
------------------------------------	--

Hábitos/Comportamiento

¿Puede su hijo comer de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Puede su hijo beber de forma independiente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿En qué bebe su hijo?		
¿Duerme su hijo en horas regulares durante el día? Si es así, ¿Cuáles son esas horas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber:
¿Tiene su hijo un peluche personal?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber:
¿Usa su hijo un chupón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí
¿Su hijo puede ir al baño solo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber: <input type="radio"/> durante el día <input type="radio"/> durante la noche
¿Cómo describe usted a su hijo?		
¿Hay aspectos del comportamiento que hay que tener en cuenta? (si es posible)	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber:
¿Cómo responde su hijo a los cambios / eventos inesperados?		
¿Está su hijo acostumbrado a jugar con otros niños?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber:
¿Cómo se puede consolar mejor a su hijo?		

Composición familiar

Lugar en la familia	<input type="radio"/> 1ero	<input type="radio"/> 2do	<input type="radio"/> 3ero	<input type="radio"/> 4to
Número de hijos en la familia:				
Detalles de Hermanos y hermanas:	<u>nombres hermanos</u>	<u>F. nacimiento</u>		<u>Sexo</u>
	1.....	/	/	OM OF
	2.....	/	/	OM OF
	3.....	/	/	OM OF
	4.....	/	/	OM OF
¿Ha habido algún evento especial en la vida de su hijo (nacimiento en la familia, separación de padres, reubicación, muertes)?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber:		
En caso de divorcio se asigna la custodia a:	<input type="radio"/> No aplica <input type="radio"/> Ambos padres <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padre			

Idioma

¿Cuál es la lengua materna del niño?	<input type="radio"/> Holandés	<input type="radio"/> Otros, a saber:
¿Cuál es la lengua materna de la madre?	<input type="radio"/> Holandés	<input type="radio"/> Otros, a saber:
¿Cuál es la lengua materna del padre?	<input type="radio"/> Holandés	<input type="radio"/> Otros, a saber:
¿Los padres hablan holandés?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No, a saber:
¿Qué idioma(s) se está hablando en casa?	<input type="radio"/> Holandés	<input type="radio"/> Otros, a saber:

Otros

¿Ha visitado su hijo a otra guardería?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí, a saber
--	--------------------------	-----------------------------------

Firmando

Fecha:	Fecha:
Lugar:	Plaats:
Firma padre 1	Firma padre 2

Gracias por completar este formulario de ingreso