

SOCIO/A Nº _____

NOMBRE Y APELLIDOS SOCIO/A _____

TELÉFONOS DE CONTACTO _____

FECHA EN QUE SE RELLENA ESTA FICHA _____

FICHA ORIENTATIVA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A : _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____

CENTRO ESCOLAR : _____

CURSO QUE REALIZA : _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE : _____

PROFESION DEL PADRE : _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE : _____

PROFESION DE LA MADRE : _____

¿ EL NIÑO/A ESTA DIAGNOSTICADO ? SI NO

¿ DESDE CUANDO ? _____

OTROS TRASTORNOS ASOCIADOS SI NO

EN SU CASO INDICAR CUALES _____

¿ QUIEN REALIZO EL DIAGNOSTICO ? PSICOLOGO _____ PEDAGOGO _____ MEDICO _____

¿ TIENE EL NIÑO/A PROBLEMAS DE ? CONDUCTA _____ APRENDIZAJE _____ R.SOCIAL _____

¿ RECIBE ACTUALMENTE TRATAMIENTO ? FARMACOLOGICO _____ PSICOLOGICO _____ OTROS _____

LE ATIENDE (Psiquiatra, Psicólogo/a, etc. con indicación nombre y apellidos profesional) _____
