

PROGRAMA ZARAGALLA:

DOSSIER NEAE (necesidades específicas de apoyo educativo) y NEE (necesidades educativas especiales)

1. DOSSIER PERSONAL DEL/LA PARTICIPANTE

Nº Expediente:

Apellidos:

Nombre:

DNI:

Nº Seguridad Social:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Centro de estudios:

Datos Padre / Madre / Tutor/a

Apellidos:

Nombre:

Dirección actual:

Cod. Postal:

Población:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Dirección durante las colonias:

Teléfono durante las colonias:

Teléfono móvil:

Hora para llamar:

Custodia compartida:

Tutor:

¿Ambos padres tienen permiso para recoger al participante?

2. HÁBITOS DE HIGIENE

Se lava las manos y cara sin ayuda:

Se lava los dientes sin ayuda:

Sabe peinarse:

Sabe ducharse:

Sabe cambiarse de compresa:

Se suele hacer sus necesidades encima:

Necesita ayuda al ir al servicio:

Hay que avisarle para ir al servicio:

Se viste sin ayuda:

Hay que recordarle que se cambie:

Conoce su propio material (ropa, neceser, etc.):

Ordena sus efectos personales:

Observaciones:

3. HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

Come sin ayuda:

Es reactivo a la hora de comer (manías, alimentos/texturas que no tolera...):

Maneja bien los cubiertos:

Mastica bien:

Hay que controlarle la cantidad de comida:

Sabe recoger la mesa:

Sigue algún tipo de dieta (en el caso de seguir alguna dieta especial adjuntar hoja de régimen):

Tipo de alimentación (triturada, por sonda...)

Alergias a alimentos. En caso afirmativo ¿A cuál?:

Le sienta mal algún tipo de alimento (ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES):

Observaciones:

4. ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN

Comprende lo que se le dice:

Se comunica mediante:

Utiliza sistemas alternativos de comunicación ¿Cuáles?:

¿Los lleva a la colonia?

Cuando tiene molestias, está incómodo/a, lo manifiesta. ¿Cómo?:

Observaciones:

5. OTROS ASPECTOS DE INTERÉS

Sabe nadar:

Sabe flotar:

Quieto/a:

Callado/a:

Movido/a:

Nervioso/a:

Enredador/a:

Tímido/a:

Tranquilo /a:

Constante:

Se cansa:

Cerrado/a:

Abierto/a:

Impulsivo/a:

Reflexivo/a:

Sincero/a:

Colaborador/a:

Agresivo/a:

Inseguro/a:

Mimoso/a:

¿Tiene rutinas? Especifique cuáles:

Observaciones (aspectos relativos al carácter, cosas que lo calman, etc.):

6. FICHA SANITARIA

Precisa medicación y/o tratamiento específico:

Especifique las tomas, hora y dosis de los medicamentos:

Toma 1: Hora: Dosis:

Toma 2: Hora: Dosis:

Toma 3: Hora: Dosis:

Toma 4: Hora: Dosis:

Toma 5: Hora: Dosis:

Grupo sanguíneo:

Tiene la vacuna antitetánica:

Fecha de la última vacuna antitetánica:

Sufre convulsiones o ataques:

De qué clase:

Ausencias de algún tipo:

Son controladas con medicación ¿Cuál? ¿Se administra en el momento de la ausencia?

Especifique su dosis:

Tiene alergia a algún tipo de medicamento:

A qué tipo de medicamento:

Padece insomnio:

Se marea con facilidad:

Colitis:

Propenso al estreñimiento:

Amigdalitis:

Tiene afectada la vista:

Crisis epilépticas ¿Utiliza algún elemento de protección (casco, ropa especial...)?:

Tiene afectado el oído:

Tiene afectado el habla:

Tiene alguna afección en brazos:

Tiene alguna afección en piernas:

Lleva muletas: Necesita silla ruedas: ¿Permanece todo el tiempo en la silla?

¿Necesita cambios posturales específicos?

Lleva aparato ortopédico:

¿Qué tipo?:

Especificaciones del aparato ortopédico: (utilizar todo el tiempo, se puede quitar para piscina, etc.)

Acepta que se le suministre medicación:

Consideraciones de interés: