

**1. DATOS PERSONALES**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Domicilio familiar \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

**2. DATOS ACADÉMICOS****A) Estudios Anteriores**

1. Centro/s en los que has cursado \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Cursos realizados \_\_\_\_\_

2. ¿Has repetido algún curso? § SI § NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

**B) Otros datos**

1. ¿Asistes a clases particulares? § SI § NO ¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Has tenido clases particulares en cursos anteriores? ¿En qué cursos? \_\_\_\_\_

2. ¿Realizas otro tipo de estudios fuera del instituto? ( academia, música, idiomas, informática ...)

§ SI § NO

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Lo has hecho en cursos anteriores? ¿En cuáles? \_\_\_\_\_

**3. DATOS FAMILIARES**

1. Padre

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_

Madre

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

¿Dónde trabaja? \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes? \_\_\_\_\_ Puesto que ocupas (1º, 2º .....)

3. Actualmente vives con

§ Ambos padres § Madre § Padre § Hermanos § Abuelos § Otras personas

4. Otras personas que convivan contigo (indica parentesco y edad)

\_\_\_\_\_

5. ¿Hay algo en tu situación familiar que se pueda considerar especial? (fallecimiento del padre/madre, separación de los padres, divorcio, situación de paro...) \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo es tu relación con tus padres?

§ Muy buena § Buena § Regular § Mala § Muy mala

**4. DATOS MÉDICOS**

1. ¿Padeces alguna enfermedad o existe alguna condición física que te afecte? (oído, vista, enfermedades respiratorias, ...) \_\_\_\_\_

2. Actualmente ¿recibes algún tratamiento médico o psicológico? ¿lo has recibido alguna vez? § SI § NO

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

3. ¿Has estado alguna vez hospitalizado? § SI § NO Motivo: \_\_\_\_\_

4. ¿Estás operado/a de algo? § SI § NO ¿De qué? : \_\_\_\_\_

5. En la actualidad ¿Padeces alguna enfermedad crónica ( epilepsia, diabetes, asma ...)? § SI § NO

¿Cuál?: \_\_\_\_\_