



INFORME INICIAL BABY ROOM - 0 AÑOS (nacidos 2025)

1.	Nombre del alumno
2.	Nombre del tutor 1 y teléfono de contacto
3.	Nombre del tutor 2 y teléfono de contacto
4.	Otros números de contacto
5.	Responsable en ausencia de los padres, teléfono y parentesco
6.	Número de hermanos
7.	Situación familiar
	- Casado/a
	- Soltero/a - Pareja
	- Separado/a
	- Divorciado/a
	- Otro:
8.	¿Cómo se desarrolló el embarazo?
	- Sin complicaciones
	- Con complicaciones
	- Otro:





9.	¿Cómo fue	e el parto?
	-	Sin complicaciones
	-	Con complicaciones
	-	Otro:
10.	¿Ha estado	o hospitalizado? ¿Cuánto tiempo?
	-	
	-	No
	-	Otro:
11.	¿Toma alg	ún tipo de medicamento de forma habitual?
	-	Sí
	-	No
	-	Otro:
12.	¿A qué ho	ra se acuesta a diario?
13.	¿Cuántas s	siestas hace durante el día?
	-	1 siesta
	-	2 siestas
	-	3 siestas
14.	¿A qué ho	ras son esas siestas?
15.	¿Cómo se	duerme?
	-	
	-	En la cuna
	-	Otro:
16.	¿Necesita	algún objeto o rutina para dormir?
17.	¿Necesita	tomar leche materna y/o fórmula en la escuela?
	-	Sí
	-	No
	-	Otro:

Responsable:
Colegio Estudiantes S.L.
CIF: 885994150
Dirección postal: Calle Frómista, 1, Las Tablas. 28050-Madrid.
Dirección postal: Calle Frómista, 1, Las Tablas. 28050-Madrid.
Delegado de Protección de Datos: dpd@colegioestudiantes.edu.es
Finalidad: Ejecución de la labor propia como centro de enseñanza, mantenimiento de la relación con nuestros proveedores, cumplimiento de la relación laboral o contractual y procesos de selección.
Legitimación: Ejecución de un contrato o cumplimiento de una obligación legal.
Destinatarios: No se cederán datos a tenceros salvo los supuestos previstos en la ley.
Derechos: Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.colegioestudiantes.es.





28. ¿Cómo es	su alimentación? En caso de que no sea solo leche.
-	Triturados
-	BLW
-	Mixto
	roducidos todos los alimentos?
	Sí
	No
-	Otro:
20. En caso n	egativo ¿qué alimentos no tiene introducidos?
21. ¿Tiene alg	guna alergia e intolerancia?
=	Sí
-	No
-	Otro:
22. ¿Se sienta	nor ci colo?
	Sí Na
	No
-	Otro:
23. ¿Gatea?	
-	Sí
	No
-	Otro:
24. ¿Camina?	
	Sí
	No
-	Otro:
25. ¿Se comu	nica con facilidad?
-	Sí
-	No
-	Otro:
	





26.	¿Qué destacarías de tu hijo/a?
27.	¿Te gustaría comentar algo que consideres importante?
28.	Describe la rutina de tu hijo/a