

CUESTIONARIO PERSONAL DEL ALUMNADO

SEGUNDO DE E.S.O.

1. DATOS PERSONALES.

APELLIDOS:		NOMBRE:	
Lugar Nacimiento:		Fecha: / /	
Domicilio:		Teléfonos	
		Fijo: / Móvil:	
		E-mail:	
Nombre del padre:	Edad:	Profesión:	T.móvil:
Nombre de la madre:	Edad:	Profesión:	T.móvil:
¿Vives con tus padres?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Con otros familiares?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué motivo?: _____			
Núm. De hermanos (incluido tú). Chicas: _____ Chicos: _____		¿Qué lugar ocupas?: _____	

¿Tienes algún problema importante de salud?

¿Cuales son tus expectativas, para este curso, en relación al instituto?

2. DATOS ESCOLARES.

¿Repite este curso? SI NO CENTRO ANTERIOR

¿Has solicitado beca? SI ¿De qué tipo? NO

¿Has repetido algún/os curso/s anterior/es? SI ¿Cuál/es? NO

¿Cómo consideras tu rendimiento escolar? Muy bueno Bueno Normal Malo

¿Has recibido apoyo individualizado en cursos anteriores? SI NO

[Por familiar Por profesorado especialista del propio colegio Profesor en casa

Otro lugar o persona

3. INTERESES Y AFICIONES

¿Estás contento con realizar estos estudios? SI NO ¿Por qué?

¿En qué asignatura conseguiste los mejores resultados?

¿En cuáles encontraste mayores dificultades?

¿Realizas otros estudios fuera del Instituto? SI NO ¿Cuál/es?

¿En qué colegio/s estudiaste Primaria?

¿Dispones de un lugar para estudiar? SI NO

6 Tienes un horario fijo para estudiar? SI 7 Cuándo?..... NO

¿Cuántas horas diarias dedicas al estudio aproximadamente? Ninguna 1/2 hora

1 hora 2 horas Más

¿Cuáles son tus **aficiones** preferidas?

¿En qué sueles emplear tu tiempo libre? Practicar deporte Oír música Leer

Utilizar el ordenador Cine Estar con los amigos Ver TV

Otras : Cuáles?

¿Te gustaría participar en actividades del Instituto? SI NO

Deportivas Culturales

Artísticas □ Otras □