

Cuestionario para la detección temprana en el área motriz

Nombre y apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de cuestionario: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_

Marca con una "X" N (Nuca) A (A veces) F (Frecuentemente)

	N	A	F
<b>MOVILIDAD Y MANIPULACIÓN</b>			
Presenta autonomía en sus desplazamientos			
Utiliza material didáctico correctamente			
Se desplaza de manera estable			
Sube y baja escaleras de manera autónoma			
<b>CONTROL POSTURAL</b>			
Se sienta correctamente en su silla, controlando adecuadamente su tronco			
Presenta movimientos coordinados			
Accede de forma independiente a su mesa y silla			
<b>AUTONOMÍA PERSONAL</b>			
Controla esfínteres			
Se asea de forma independiente			
Se viste de forma independiente			
Se alimenta de forma independiente			
Se dirige al aula de forma independiente			
Accede al baño de forma independiente			

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del docente: \_\_\_\_\_