
Cuestionario de despistaje de Deficiencias Sensoriales

Rellenar sólo ante sospechas de posible deficiencia visual o auditiva

APELLIDOS		NOMBRE	
F. NACIMIENTO		LUGAR	
DIRECCION		LOCALIDAD	
CENTRO		NIVEL	
TUTOR/A			

PADRE/TUTOR		EDAD	
MADRE/TUTORA		EDAD	
PROF. PADRE		PROF. MADRE	
Nº DE HERMANOS		LUGAR QUE OCUPA	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
LOCALIDAD		C. POSTAL	
