

"ENTREVISTA INICIAL FAMILIAS DE EDUCACION INFANTIL"



DATOS DEL ALUMNO/A:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONOS PADRES: _____

TELÉFONO DE FAMILIARES PARA UTILIZAR EN CASO DE URGENCIA:

ABUELAS: _____ ABUELOS: _____

TÍOS: _____ VECINOS: _____

OTROS: _____

DATOS FAMILIARES:

❖ NOMBRE DEL PADRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTUDIOS _____
PROFESIÓN _____

❖ NOMBRE DE LA MADRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTUDIOS _____
PROFESIÓN _____

❖ HERMANOS/AS:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

DATOS SANITARIOS:

❖ ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿CUÁL?

❖ ¿HA SUFRIDO ALGUNA OPERACIÓN? ¿CUÁL?

❖ ¿PRESENTA ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

❖ ¿TIENE ALGUNA DIFICULTAD VISUAL, AUDITIVA O MOTORA? ¿CUÁL?

❖ ¿TIENE TODAS LAS VACUNAS CORRESPONDIENTES?

HÁBITOS:

❖ ¿CONTROLA ESFÍNTERES DIURNOS Y NOCTURNOS?

❖ ¿QUÉ HORARIO TIENE DE SUEÑO?

❖ ¿COMPARTE HABITACIÓN?

❖ ¿COMPARTE CAMA?

❖ ¿TIENE ALGÚN JUGUETE U OBJETO PARA DORMIR? ¿CUÁL?

❖ ¿UTILIZA CHUPETE? ¿CUÁNDO?

❖ ¿ES AUTÓNOMO AL COMER?

❖ ¿MASTICA VARIEDAD DE ALIMENTOS: FRUTA, PAN, CARNE, PESCADO...?

❖ ¿PLANTÉA ALGÚN PROBLEMA A LA HORA DE COMER?

❖ ¿ES AUTÓNOMO AL VESTIRSE Y DESVESTIRSE?

❖ ¿VA SOLO AL BAÑO? ¿SE LIMPIA SOLO?

DATOS PSICOMOTORES:

❖ EDAD A LA QUE COMENZÓ A ANDAR:

❖ ¿PRESENTA DIFICULTADES DE MOVIMIENTO? ¿CUÁL?

DATOS SOCIALES:

❖ ¿TIENE CELOS DE ALGÚN HERMANO/A, PRIMO/A,.....?

❖ ¿EXISTE ALGUNA SITUACIÓN FAMILIAR QUE LE HAYA AFECTADO? ¿CUÁL?

❖ ¿DÓNDE JUEGA HABITUALMENTE?

❖ ¿JUEGA SOLO, CON OTROS NIÑOS/AS, CON ADULTOS?

❖ ¿QUÉ TIPO DE JUGUETES TIENE?

❖ ¿CUÁNTO TIEMPO PASA AL DÍA CON EL ORDENADOR, EL MOVIL, LA TABLET, LA TELEVISIÓN,..?

❖ ¿ESTABLECE CONTACTO CON OTRAS PERSONAS CON FACILIDAD?

❖ ¿CON QUIÉN PREFERE RELACIONARSE: PERSONAS MAYORES, NIÑOS DE SU EDAD, NIÑOS MÁS PEQUEÑOS,....?

DATOS LINGÜÍSTICOS:

❖ EDAD A LA QUE COMENZÓ A HABLAR:

❖ ¿TIENE DIFICULTADES DE PRONUNCIACIÓN? ¿CUÁL?

❖ ¿SE APOYA MÁS EN EL LENGUAJE GESTUAL QUE EN EL ORAL?

❖ ¿TIENE DIFICULTADES PARA HACERSE ENTENDER?

ESCOLARIZACIÓN:

❖ ¿HA ESTADO ESCOLARIZADO EN OTRO CENTRO O GUARDERÍA? ¿CUÁL?

❖ ¿DESDE QUÉ EDAD?

❖ ¿CÓMO FUE SU ESTANCIA EN ESE CENTRO?

EXPECTATIVAS:

❖ ¿QUÉ ESPERA USTED DE LA INCORPORACIÓN DEL NIÑO/A AL CENTRO?

OBSERVACIONES:
