

ENTREVISTA PADRES (ED. INFANTIL)

Fecha De La Entrevista: _____

Datos Personales:

Apellidos y Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono de Contacto: _____

Otro Teléfono: _____

Datos Familiares:

Apellidos y Nombre del Padre: _____

Edad: _____

Estudios:

Primarios Secundarios Universitarios Otros

Profesión: _____

Apellidos y Nombre de la Madre: _____

Edad: _____

Estudios:

Primarios Secundarios Universitarios Otros

Profesión: _____

Estado Civil (Padre)

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Estado Civil (Madre)

Soltera Casada Separada Divorciada Viuda

¿Con quiénes convive el/la niño/a? _____

Número de Hermanos/as

_____ Niña/as _____ Niño/os

Posición que ocupa entre ellos/as _____

PARA ALUMNOS/AS QUE SE TRASLADAN DE CENTRO

Datos Académicos:

¿Asistió a la guardería? Si No ¿Desde qué edad? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Necesita comedor? Si No ¿Necesita transporte? Si No

Autonomía Personal:

¿Ha dejado los pañales de forma definitiva? Si No

¿Presenta miedo a algo o alguien en particular? Si No

¿Controla esfínteres de día? Si No ¿... y de noche? Si No

Observaciones: _____

¿Se viste solo/a? Si No

¿Qué actividades de aseo personal es capaz de realizar sin ayuda? _____

Otros Datos:

¿Utiliza el chupete en algún momento? Si No

¿Tiene o ha tenido problemas de celos? Si No

¿Presenta miedo a alguna persona o cosa en particular? Si No

¿Ha observado si tiende a mentir para conseguir cosas o evitar sanciones? Si No

¿Se relaciona bien con sus iguales? Si No

¿Cómo actúa cuando se enfada? _____

¿Muestra afecto por los animales? Si No

¿Le gusta mirar las imágenes o que le lean el cuento? _____

¿Le gusta colorear, garabatear, ...?

Si No

¿Cómo le premian su buen comportamiento?

¿Cómo le sancionan las conductas no adecuadas?

¿Existe coherencia en las pautas educativas entre sus cuidadores?

Si No

¿Duerme en cama o en cuna?

Cama Cuna

¿Comparte su habitación?

Si No

¿Duerme siesta?

Si No

Si la respuesta a la pregunta anterior fuera afirmativa. ¿Durante cuánto tiempo?

¿Tiene pesadillas o terrores nocturnos?

Si No

¿Cuáles son sus programas favoritos de TV.?

¿Ha definido su preferencia manual?

Si No

Si la respuesta a la pregunta anterior fuera afirmativa, seleccione a continuación lo que proceda:

Gráfica Zurdo/a Diestro/a

Manipulativa Zurdo/a Diestro/a

Salud:

¿Existió algún problema “pre” o “perinatal”?

Si No

Si la respuesta anterior fuera afirmativa, explique cuál.

¿Ha padecido ya alguna enfermedad infantil? Si No

Si la respuesta anterior fuera afirmativa, explique cuál. _____

¿Ha sufrido algún accidente importante? Si No

¿Ha sido hospitalizado? Si No

Sufre o ha sufrido de Crisis respiratoria Dificultad visual Audición Torpeza motriz

¿Es alérgico/a a algún medicamento, sustancia o alimento? Si No

Lenguaje:

¿Son claras las palabras que utiliza su hijo/a? Si No

¿Forma frases? Si No

¿Se le habla con lenguaje de adultos? Si No

Alimentación:

¿Presenta algún problema de alimentación? Si No

En caso afirmativo, explicar cuál. _____

¿Tipo de alimentación? _____

¿Rechaza algún alimento repetidamente? Si No

En caso afirmativo, explicar cuáles. _____

¿Tiene buen apetito? Si No

¿Utiliza el biberón para alguna comida? Desayuno Almuerzo Merienda Cena

¿Come solo/a? Si No

¿Utiliza la cuchara y el tenedor? Si No

Juegos:

¿Con qué juguetes se divierte habitualmente?

¿Tiene compañeros/as de juegos?

Si No

¿Suele recoger sus juguetes cuando termina de jugar?

Si No

¿Cómo le describirían?. Marque lo que proceda.

Alegre Triste

Hablador Callado Sociable Tímido Nervioso Tranquilo

Agrsivo Cariñoso Atrevido Miedoso Cauteloso

¿Qué les gustaría que los profesores tuvieran en cuenta a la hora de relacionarse con su hijo/a?

¿Qué le decidió a matricularlo/a en este Centro?

¿Qué esperan de la etapa de Educación Infantil?

Observaciones significativas sobre su hijo/a
