



## ENTREVISTA CON LAS FAMILIAS

### DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos del alumno/a \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Domicilio familiar: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: CASA: \_\_\_\_\_ MOVIL PADRE: \_\_\_\_\_

MOVIL MADRE: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

\* Señalar con asterisco el primer teléfono al que llamar.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién o quiénes han respondido al cuestionario?: \_\_\_\_\_

Su Hijo/a hará uso del Comedor (Rodee una opción):     SÍ     NO

Su Hijo/a hará uso del Aula Matinal (Rodee una opción):  SÍ     NO

¿Ha autorizado a que a su hijo/a le hagan fotos?:     SÍ     NO

### COMPOSICIÓN FAMILIAR

- **Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

- **Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

#### **- Hermanos:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso/Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso/Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Curso/Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa el /la niño/a entre los hermanos/as: \_\_\_\_\_

- Otros familiares o personas que vivan en la casa: \_\_\_\_\_

Si los padres están separados ¿Quién tiene la custodia?:

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_ Compartida: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Persona responsable en caso de ausencia de los padres: \_\_\_\_\_

## **DATOS MÉDICOS**

¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?:

---

---

¿Se le han administrado todas las vacunas recomendadas por los servicios sanitarios?: SÍ NO

¿Tiene algún problema?: Auditivo: \_\_\_\_\_ Visual: \_\_\_\_\_ Motriz: \_\_\_\_\_ Cerebral: \_\_\_\_\_

Respiratorio: \_\_\_\_\_ Lingüístico: \_\_\_\_\_ Alérgico: \_\_\_\_\_ Digestivo: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

---

¿Hubo problemas durante el embarazo o en el parto? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Ha sido un niño/a prematuro de nacimiento? \_\_\_\_\_

\* En caso de tener algún problema es muy conveniente traer fotocopia del informe médico.

## **HÁBITOS DE AUTONOMÍA** (Conteste SÍ o NO)

### **Control de esfínteres:**

Controla el pis por el día: \_\_\_\_\_ Controla el pis por la noche: \_\_\_\_\_

Va solo al servicio y se limpia: \_\_\_\_\_

### **Actitud ante la comida:**

Come de todo: \_\_\_\_\_ Se niega a comer: \_\_\_\_\_ Toma biberón: \_\_\_\_\_ Todo triturado: \_\_\_\_\_

Come solo: \_\_\_\_\_ Traga sin masticar: \_\_\_\_\_ Necesita la televisión encendida: \_\_\_\_\_

Come con la familia: \_\_\_\_\_ ¿Tiene alergia a algún alimento? \_\_\_\_\_ ¿A cuál? \_\_\_\_\_

### **Actitud ante el sueño:**

Se duerme con facilidad: \_\_\_\_\_ Sueño intranquilo: \_\_\_\_\_ Luz encendida: \_\_\_\_\_ Duerme Siesta: \_\_\_\_\_

Habitación individual: \_\_\_\_\_ Suele dormir con los padres: \_\_\_\_\_ Comparte su habitación: \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme cada noche?: \_\_\_\_\_

¿Necesita algún juguete para dormir?: \_\_\_\_\_

### **Aseo y orden:**

Se lava las manos solo: \_\_\_\_\_ Se desviste solo: \_\_\_\_\_ Se viste solo: \_\_\_\_\_

Colabora en las tareas de la casa: \_\_\_\_\_ Recoge sus cosas: \_\_\_\_\_

## **DATOS LINGÜÍSTICOS**

¿A qué edad empezó a hablar? \_\_\_\_\_

Tiene dificultades de pronunciación: \_\_\_\_\_ Es muy hablador: \_\_\_\_\_ Se le entiende: \_\_\_\_\_

Se le habla con lenguaje adulto: \_\_\_\_\_ o se utilizan sus mismas expresiones: \_\_\_\_\_

## **DATOS PSICOMOTORES**



¿Ha gateado? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿A qué edad empezó a dar sus primeros pasos? \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema motriz?

Parte del cuerpo dominante: Izquierda: \_\_\_\_\_ Derecha: \_\_\_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_

### **COMPORTAMIENTO AFECTIVO – SOCIAL**

Tiene rabietas frecuentes: \_\_\_\_\_ Prefiere juegos tranquilos: \_\_\_\_\_ Tiene o ha tenido manías: \_\_\_\_\_

Llora con facilidad: \_\_\_\_\_ Tiene celos de los hermanos: \_\_\_\_\_ Se relaciona bien con otros niños/as: \_\_\_\_\_

Se relaciona bien con los adultos: \_\_\_\_\_ Establece contacto con facilidad: \_\_\_\_\_ Intercambia juguetes con los hermanos y amigos: \_\_\_\_\_ Juega con otros niños en la calle: \_\_\_\_\_ Juega solo: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ve la televisión?: \_\_\_\_\_ ¿Qué programas?: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo juega con juguetes electrónicos (móvil, tablet, ordenador...)? : \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus juegos y/o juguetes preferidos? \_\_\_\_\_

### **ESCOLARIZACIÓN**

¿Ha asistido anteriormente a alguna guardería o colegio? \_\_\_\_\_ ¿A cuál? \_\_\_\_\_

¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_ Tiempo diario de permanencia: \_\_\_\_\_

¿Cómo era la relación con otros niños/as? \_\_\_\_\_

¿Su hijo conoce a alguno de los alumnos que se incorporan este curso, en su aula o en el otro aula de 3 años? \_\_\_\_\_ ¿A quién? \_\_\_\_\_

¿Qué espera en cuanto a la escolarización de su hijo en este centro?

### **OTRAS OBSERVACIONES**

Escriba, por favor, con sus palabras, como es su hijo/a:

¿Hay alguna situación familiar entre padres, o entre padres e hijos, que pueda afectar la conducta de su hijo/a? Si hay algún otro dato que ustedes consideren de interés y no haya quedado reseñado anteriormente o desea insistir sobre él, indíquelo:

Don/Doña: \_\_\_\_\_  
como padre/madre del alumno/a \_\_\_\_\_

Doy/Damos fe de que todos los datos aportados en esta entrevista se corresponden a la realidad.

En Guadalajara a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del padre

Firma de la madre