



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 rabieta 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 cuánto 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