



ENTREVISTA INICIAL 1-3 AÑOS

FICHA DEL ALUMNO@

Fecha de ingreso en la Escuela: ____ / ____ / ____

Apellidos: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Lugar: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ C.P: 41. ____ E-mail: _____

Teléfono: _____ Tfno. de urgencia: _____

Persona encargada de recoger al alumno: _____

Observaciones: _____

Nombre de la madre/ tutora: _____ Edad: _____

Estudios: _____ Profesión: _____ Tfno: _____

Nombre del padre / tutor: _____ Edad: _____

Estudios: _____ Profesión: _____ Tfno: _____

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre ellos: _____

Personas que conviven en el domicilio familiar: _____

Lengua hablada con el niño: _____

Responsable en caso de ausencia de los padres: _____

Problemáticas durante el embarazo o parto: _____

VIDA DIARIA

Situación familiar: (Marcar con una cruz la que corresponda)

Vive con su padre y su madre Vive con su madre Vive con su padre

Otras situaciones (especificar) _____

ASPECTOS SANITARIOS

Enfermedades propias de la edad: _____

Vacunas: _____

Enfermedades crónicas: _____

Operaciones: _____

Visión: _____

Audición: _____

Alergias: _____

Pies: _____

Otros: _____

ALIMENTACIÓN

Sólido Triturado Ambos

Problemas con la comida: _____

Alergia a algún alimento o no puede tomar: _____

SUEÑO

Horario: _____ Alteraciones del sueño: _____

Trucos para dormir : juguetes, mecerlo, etc. _____

Habitación individual Compartida ¿Con quién? _____

ACTIVIDADES HABITUALES EN CASA

Colaboración en casa: _____

Orden personal: _____

Compañeros de juego: _____

Juguetes preferidos: _____

Actitud hacia la televisión y horas que pasa el niño ante ella: _____

Otras actividades: _____

Comportamiento del niño/a en casa: _____

HIGIENE

¿Le bañáis diariamente? _____ ¿Sobre qué hora? _____

¿Le gusta el baño? _____ ¿Juega? _____

¿Utilizas algún tipo especial de toallitas, talco o cremas hidratantes? _____

¿Cuántos cambios de pañales le realizáis al día? ____ ¿Le gusta que le cambien? _____

DESARROLLO GENERAL MADURATIVO

CONTROL DE ESFÍNTERES

Diurno: _____ Nocturno: _____

¿Cómo lo pide? gestos palabras

¿Alguna dificultad?: _____

DATOS PSICOMOTORES

¿ Ha gateado? _____

Edad en que empezó a andar: _____

Parte del cuerpo dominante: Derecha Izquierda

Problemas motores: (pies, problemas posturales, dificultades en mano o pie, poca agilidad de movimientos) _____

Tiene autonomía para:

Comer: _____ Lavarse: _____

Vestirse: _____ Desnudarse: _____

DATOS PSICOLINGÜÍSTICOS

Edad en que empezó a pronunciar palabras: _____

¿Se le entiende lo que dice?: _____

¿Se le habla con lenguaje adulto o con sus mismas expresiones?: _____

Problemas lingüísticos: _____

RELACIONES AFECTIVAS Y SOCIALES

RELACIONES PERSONALES

Con los padres: _____

Con los hermanos: _____

Con otros adultos: _____

Con otros niños: _____

NIVEL EMOCIONAL

¿Es inquieto o tranquilo? _____

¿Coge rabietas a menudo?: _____

¿Tiene miedo a algo en particular?: _____

HISTORIAL ACADÉMICO

EDAD (EN AÑOS Y MESES)	CENTRO	ADAPTACIÓN

RELACIÓN FAMILIA-ESCUELA

Expectativas de la educación: _____

Actitud de los padres en la educación de los hijos: _____

OBSERVACIONES

Fecha de la entrevista _ / _____ / ____