



# REGISTRO DE ENTREVISTA INICIAL CON LA FAMILIA Educación Infantil

Fecha: ..... Asistente/s: .....

## DATOS PERSONALES

Alumno/a: ..... Nivel: .....

Fecha de nacimiento: ..... Lugar: .....

Domicilio: .....

Teléfonos de contacto:

Nombre	Parentesco	Nº de teléfono
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Nº de tarjeta ciudadana: .....

Fecha de ingreso en el colegio: .....

Centro/s donde asistió anteriormente: .....

Lugar: .....

Tiempo: .....

## DATOS FAMILIARES

Nombre del padre: ..... Profesión y/o estudios: .....

Lugar trabajo: ..... Horario laboral: .....

Nombre de la madre: ..... Profesión y/o estudios: .....

Lugar trabajo: ..... Horario laboral: .....

Situación familiar actual (casados, separados...): .....

Con quién vive el alumno/a: .....

Custodia legal (Adjuntar documentación, si no se ha hecho): .....

Régimen de visitas: .....

Nº de hermanos: .....

Nombre	Fecha nacimiento	En el centro. Grupo
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Otros familiares que conviven con el alumno/a:

Nombre

Parentesco

.....

.....

.....

.....

.....

.....

El niño/a está principalmente con (padre, madre, ambos, otras personas): .....

¿Existe alguna situación familiar que haya afectado al niño/a de manera especial? .....

.....

## DESARROLLO EVOLUTIVO

### ASPECTOS PERSONALES:

¿Es nervioso/a, tranquilo/a? .....

¿Coge rabietas a menudo? ..... ¿Es obediente? .....

¿Escucha cuando se le habla? ..... ¿Es ordenado? .....

### HÁBITOS:

¿Tiene control de esfínteres (diurno, nocturno)? .....

Nº de horas que duerme habitualmente: .... Hora de acostarse:.....

¿Duerme siesta? ..... ¿Duerme solo/a? .....

¿Tiene miedo por la noche? ..... En caso afirmativo, ¿de qué? .....

.....

¿Necesita dormir con la luz encendida? .... ¿Usa chupete? ..... ¿Y biberón? .....

### ALIMENTACIÓN:

¿Come solo/a?..... ¿Alimentos sólidos o triturados? .....

¿Tiene problemas con la comida? ..... ¿Cuáles? .....

### ASEO Y VESTIDO:

¿Se lava solo/a? ..... ¿Se viste y desviste solo/a? .....

¿Quién le ayuda? .....

### TIEMPO LIBRE:

Juguetes preferidos: .....

.....

¿Tiene algún lugar especial para jugar? .....

¿Juega solo/a? ..... ¿Juega con amigos/as, familiares .....

¿Le gustan los cuentos? ..... ¿Soléis contarle cuentos? .....

¿Le gusta dibujar o pintar? ..... ¿Realiza alguna actividad de tipo escolar? .....

¿Ve la televisión? ..... ¿Cuántas horas al día? .....

¿Ve programas infantiles o todo tipo de programas? .....

¿Juega en casa de sus amigos/as? ..... ¿Juega con otros/as niños/as en la calle? .....

¿En compañía de quién sale a la calle? .....

¿Visita a familiares? .....

Otras actividades que realiza: .....

**COMPORTAMIENTO AFECTIVO SOCIAL:**

¿Tiene alguna dificultad para comunicarse con los demás? .....

¿Cuál? .....

¿Le gusta compartir sus juguetes, libros... con otros niños/as? .....

.....

**DATOS MÉDICOS**

Embarazo: .....

Parto: .....

Enfermedades propias de la edad: .....

Enfermedad/es relevante/s: .....

Alergias: ..... Operaciones: .....

¿Tiene algún problema físico (visión, audición, pies, otros)? .....

.....

**DATOS PSICOMOTRICES**

Edad en que empezó a andar: ..... Parte del cuerpo dominante: .....

Dificultades motrices: .....

**DATOS LINGÜÍSTICOS**

Edad en que empezó a hablar: .....

Lengua que utilizan otros adultos para dirigirse al niño/a: .....

Problemas lingüísticos: .....

**ACTITUD HACIA LA ESCUELA**

¿Está ilusionado/a con venir al colegio? .....

En caso afirmativo, ¿cuáles son las razones fundamentales? .....

En caso negativo, ¿cuáles pueden ser las causas? .....

**EXPECTATIVAS**

¿Qué esperáis que vuestro/a hijo/a logre este curso? .....

Otros comentarios de interés: .....

**OBSERVACIONES**