

ENTREVISTA INICIAL A LAS FAMILIAS

Estimadas familias: con el fin de tener un mejor conocimiento de vuestro hijo/a y facilitar su adaptación al Centro, os pedimos que rellenéis este cuestionario, entregándolo en el Colegio en el momento de la matriculación. Muchas gracias por vuestra colaboración.

1. DATOS PERSONALES DEL NIÑO NIÑA (Marcar lo que proceda)

Nombre y Apellidos: Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono 1: Teléfono 2:.....

Email de contacto:

¿Ha asistido a guardería o a otro centro escolar?..... ¿Desde qué edad?

2. DATOS FAMILIARES

Tutor Legal 1 (Madre/Padre):

Nombre y Apellidos:.....D.N.I.:.....

Edad:..... Profesión:.....Trabajo actual:.....

Tutor Legal 2 (Madre/Padre):

Nombre y Apellidos:.....D.N.I.:.....

Edad:..... Profesión:.....Trabajo actual:.....

Hermanos:

Número de hermanos: Edades:Posición que ocupa:

¿Son alumnos/as del Centro?: ¿En qué cursos?:

Situación familiar actual (padres separados, divorciados, fallecimiento de un progenitor/a, familia monoparental, custodia compartida...):

Si es adoptado/a indique nacionalidad de origen, idioma que habla, edad de acogida.....

(En caso de familias separadas legalmente con custodias únicas, compartidas u órdenes de alejamiento, presentar documentación legal correspondiente)

3. DATOS MÉDICOS

¿Existieron problemas/dificultades durante el embarazo/parto/ o hubo problemas neonatales?:.....

Enfermedades importantes que ha tenido o tiene el niño/a:.....

¿Tiene alguna alergia? Sí No ¿Cuál?.....

Antecedentes familiares de enfermedades significativas:

¿Ha pasado los correspondientes controles del niño/a sano? Sí No

Observaciones que se hayan dado durante dichos controles:

Tiene algún informe médico o de algún especialista Sí No

En caso de disponer de informes médicos, de especialistas, etc. Debe adjuntar fotocopias de los mismos.

4. HÁBITOS

Califique en una escala de 1 (no, nunca) a 5 (sí, siempre) a su hijo/a en los siguientes aspectos:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| Come solo | | | | | |
| Utiliza chupete | | | | | |
| Duerme solo/a | | | | | |
| Controla el pipí durante el día | | | | | |
| Controla la caca durante el día | | | | | |
| Va solo/a al aseo | | | | | |
| Se limpia solo/a | | | | | |

Nota: En septiembre debe ser autónomo para ir al servicio

5. NIVEL MADURATIVO:

Su hijo/a se comunica: (marcar lo que proceda)

- Solo con gestos
- Con gestos y palabras sueltas
- Construye frases de más de 3 palabras
- Mantiene una conversación

¿Es su lenguaje entendible para todo el mundo? Sí No

¿A qué edad comenzó a andar?..... ¿Sube y baja escaleras solo? Sí No

¿Tiene alguna dificultad en sus movimientos? ¿Cuál?.....

6. CONDUCTAS EN CASA:

Califique de 1 (poco) a 5 (mucho) las siguientes conductas de su hijo/a

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| Obediente | | | | | |
| Tranquilo/a | | | | | |
| Sociable | | | | | |
| Valiente | | | | | |
| Despierto/espabilado/a | | | | | |
| Tiene rabietas | | | | | |

OTRAS OBSERVACIONES:

.....

.....

Cumplimentado por: Padre / Madre/ otro familiar (indicar quién).....

En.....; a..... de..... de 20.....

Firma:

Un cordial saludo.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO/A: _____

EMAIL DE CONTACTO: _____