

BIENVENIDOS / BENVINGUTS

Entrevista familiar del alumnado de 2 años



NOMBRE Y APELLIDOS

FOTO

“ Siembra en los niños ideas buenas aunque no las entiendan... Los años se encargarán de descifrarlas en su entendimiento y de hacerlas florecer en su corazón.”

Maria Montessori

1. DATOS PERSONALES:

- Nombre y apellidos:

- Fecha de nacimiento y lugar:

- Dirección:_____

- ¿Existe durante el curso otro domicilio diferente del aportado?

SI NO

En caso afirmativo:

- Teléfonos y personas de contacto:

- Teléfono

1:_____ Contacto:_____

- Teléfono

2:_____ Contacto:_____

- Teléfono

3:_____ Contacto:_____

- ❖ ¿Hará uso del Servicio de comedor? SI NO

- ❖ ¿Hará uso de la escuela matinal? SI NO

¿Qué horario utilizará? 7.30h 8.00h 8.30h

- ❖ Familiar o persona que habitualmente lo recogerá:

2. DATOS FAMILIARES:

DATOS DEL PADRE

- Nombre y apellidos: _____
Edad: _____ Estudios: _____
Profesión: _____
- Situación laboral actual: **activo** **parado**
Horario laboral: _____
- Tiempo del que dispone personalmente para estar con el niño/a: _____
- Tiempo en el que la familia coincide: _____

DATOS DE LA MADRE

- Nombre y apellidos: _____
Edad: _____ Estudios: _____
Profesión: _____
- Situación laboral actual: **activa** **parada**
Horario laboral: _____
- Tiempo del que dispone personalmente para estar con el niño/a: _____
- Tiempo en el que la familia coincide: _____
- ¿Existen circunstancias significativas que consideren puedan tener influencia sobre el niño/a (separación, fallecimiento familiar, enfermedades crónicas, emigración, etc)? SI NO
En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
(En caso necesario aportar documentación).

➤ Número de miembros en la familia: ____ Hermanos/as:____ Otros miembros:_____ Parentesco:_____

- Edades de los/as otros/as hermanos/as si los hubiera:

- Orden que ocupa en la familia: _____
- Relación de los otros miembros de la unidad familiar con el/la niño/a:

Hermanos: _____

Otros familiares: _____

3. ESCOLARIZACIÓN:

- ¿Es el primer año que acude a un centro educativo? **SI** **NO**

En caso negativo,

Estaba bajo el cuidado de _____

- **En caso afirmativo,** ¿a qué Centro acudió anteriormente?

- Motivo del cambio:

4. DATOS ANTECEDENTES PERSONALES:

a. Embarazo:

- Edad de los padres cuando nació: _____

- Problemas durante el embarazo: **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

- ¿Durante cuánto tiempo persistieron?

- Periodo de gestación:

- Término (36 semanas)
- Prematuro (32 semanas)
- Post-maduro (38 semanas)

- Parto y post-parto:

Parto normal: **SI** **NO**

En caso negativo, ¿qué tipo de complicaciones se dieron?

¿Se necesitó tiempo de incubadora? **SI** **NO**

Motivos:

5. SALUD:

- Enfermedades padecidas:

- Hospitalizaciones: **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las causas de dichas hospitalizaciones?

- Intervenciones quirúrgicas: **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿de qué tipo han sido?

- Traumatismos: **SI** **NO** En caso afirmativo, tipo de traumatismo:

- ¿Necesita cuidado especial de algún tipo? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál? _____

- ¿Tiene propensión a alguna enfermedad? **SI** **NO** En caso afirmativo ¿cuál?

- ¿Existe algún tipo de dificultad actual de tipo visual, auditiva, respiratoria, etc? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál?

- ¿Está siendo medicado de forma continua? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo y qué tipo de medicación es?

- ¿Existen antecedentes familiares de alguna enfermedad o dificultad que considere importante? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál?

6. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO/A:

a. Desarrollo psicomotor:

- ¿Cómo considera que es su desarrollo psicomotor?

- ¿Manifiesta algún tipo de problema o dificultad?

- Estando tumbado, ¿gira hacia los lados? **SI** **NO**
- ¿A qué edad comenzó a...? **(aproximadamente)**
 - Sostener la cabeza: _____ meses
 - Mantenerse la cabeza: _____ meses
 - Gatear: _____ meses Andar: _____ meses
- ¿Coge objetos? **SI** **NO**

- ¿Cuál es su predominancia lateral? **Izquierda** **Derecha**
En caso de que se manifieste zurdera, ¿cuál es la actitud de la familia?
-

- ¿Cómo suelen ser sus desplazamientos?
-

b. Dentición:

Dentición: **NO** **SI** En caso afirmativo ¿cuáles?

- Edad de la primera dentición:
 - ¿Usa el chupete? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿en qué momento?
 - ¿Sigue alimentándose con biberón? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿por qué?
-

- ¿Utiliza el pulgar como chupete? **SI** **NO**

c. Lenguaje:

- ¿Cuándo comenzó a? (aproximadamente)

Balbucear _____ Emitir sonidos _____ Decir las primeras palabras (con intención comunicativa) _____

¿Muestra atención cuándo se le habla? **SI** **NO**

En caso negativo, ¿a qué cree que se puede deber?

- ¿Con qué tipo de lenguaje se le habla al niño/a?
-

7. HÁBITOS Y AUTONOMÍA.

a. Alimentación:

- ✓ Lactancia: **Materna** **Artificial**
- ✓ ¿Ha tenido dificultades con el pecho materno? **SI** **NO**
- ✓ ¿Ha tenido dificultad con el biberón? **SI** **NO**
- ✓ ¿Cuántas comidas hace al día? _____
Horas: _____
- ✓ ¿Existen rutinas en cuanto a la comida?

- ✓ ¿Qué tipo de alimentación toma?

- ✓ ¿Cómo se han introducido los diferentes alimentos?

- ✓ ¿Tiene preferencia por algún tipo de alimento?

- ✓ ¿Qué alimentos le desagradan?

- ✓ ¿Sufre algún tipo de trastorno/ enfermedad/ alergia relacionada con la alimentación (intolerancia a la lactosa/celíaco/ alergia ovo láctica, etc)? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

b. Sueño:

¿Cómo es su sueño?

¿Cuántas horas duermes, como normal, a lo largo del día?

- Media mañana: __
- Siesta: __
- Noche: ____

- ¿Se despierta por la noche? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuáles son las causas?
-

- ¿Se duerme solo/a? **SI** **NO** En caso negativo, ¿quién le duerme?
-

- ¿Necesita algún objeto para ir a dormir (peluche, tela, etc)?

SI **NO** En caso afirmativo, ¿cuál y por qué?

¿Existe algún tipo de ritual para ir a dormir? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál?

- ¿Qué postura utiliza en el sueño?
-

- ¿Utiliza chupete para dormir? **SI** **NO**

- ¿Tiene su propia habitación? **SI** **NO** En caso negativo, ¿con quién comparte habitación?

-
- ¿Duerme solo/a en su cama? **SI** **NO**

En caso afirmativo, ¿desde cuándo?

- En caso negativo ¿con quién duerme?
-

c. Aseo y vestido:

- ¿Tiene adquiridas las rutinas de higiene personal? (lavarse las manos...)

SI **NO**

En caso negativo, ¿cuáles son aquellas que más le cuesta hacer?

- ¿Tiene alergia a algún producto relacionado con la higiene personal? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál?
-

- ¿Sabe vestirse solo/a?
-

8. CONDUCTA SOCIOEMOCIONAL:

a. Relaciones sociales y juego

- ¿Le gusta relacionarse con los demás?
-

- ¿Tiene preferencia en sus relaciones por alguien? **SI** **NO**

En caso afirmativo ¿por quién y por qué creéis?

- ¿Cuál es su reacción ante personas que no conoce?
-

- ¿Prefiere estar con niños y niñas o con adultos?
-

- ¿Qué tipo de juegos y juguetes prefiere?
-

- ¿Qué actitud tiene con los juguetes?
-

- ¿Cuánto tiempo ocupa la televisión /móvil o tablet en el tiempo de ocio?
-

- ¿Ve solo/a la televisión /móvil o tablet? **SI** **NO** En caso negativo, ¿quién le acompaña?
-

- ¿Existe una selección de los programas/juegos en la TV/móvil/tablet? **SI** **NO** En caso negativo, ¿por qué?
-

b. Aspectos emocionales y afectivos

- ¿Qué familiares se relacionan principalmente con el niño/a?
-

- ¿Es dependiente de la familia? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿de quién principalmente? _____
 - ¿Cómo describiríais a vuestro/a hijo/a?
-

- ¿Tiene miedos y temores? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿qué cosas se lo provocan?
-

- ¿Tiene alguna manía en especial? **SI** **NO** En caso afirmativo, ¿cuál? _____
-

- ¿Muestra claramente lo que siente? **SI** **NO** En caso negativo, ¿por qué consideráis que es así?
-

9. RELACIONES FAMILIARES:

- ¿Quién se encarga, principalmente, de su cuidado?
-

- ¿Está la unidad familiar de acuerdo en la manera de educar al niño/a? **SI** **NO** En caso negativo, ¿por qué?
-

- ¿Cuáles son las medidas que se toman ante algo que no debería haber hecho?
-
-