



## ENTREVISTA INICIAL

### EDUCACIÓN INFANTIL - Curso 2018-19

#### 1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos.....  
Fecha de nacimiento.....Lugar de nacimiento.....  
Domicilio.....  
Teléfonos.....  
E-mail .....

#### 2. DATOS FAMILIARES

##### PADRE

Nombre.....Apellidos.....  
Fecha de nacimiento.....Profesión.....  
Estudios .....Teléfono .....

##### MADRE

Nombre.....Apellidos.....  
Fecha de nacimiento.....Profesión.....  
Estudios.....Teléfono.....

##### RELACIÓN CON LA FAMILIA

¿Con quién vive?.....  
¿Quién se encarga de su atención?.....  
Número de hermanos (total).....Lugar que ocupa.....  
¿Cómo se llaman sus hermanos y de qué edades son?.....  
.....  
.....

¿Suele llorar?.....¿Por qué?.....  
¿Cómo se relaciona con los desconocidos?.....

### 3. HÁBITOS

#### DESCANSO

- ¿Cuántas horas duerme durante la noche?.....  
¿Suele dormir siesta?.....¿Duerme solo/a o acompañado/a?.....  
¿Tiene miedo por la noche?.....¿Duerme con alguna luz?.....  
¿Tiene algún juguete con el que duerme?.....

#### ALIMENTACIÓN

- ¿Come de todo?.....¿Come solo?.....  
¿Es alérgico a algún tipo de alimento?.....

#### AUTONOMÍA PERSONAL

Ponga al lado de cada actividad si lo hace solo o con ayuda:

- Vestirse.....Desvestirse.....  
Lavarse las manos.....  
Controla esfínteres.....Se limpia solo.....

### 4. DATOS PSICOMOTORES

- Edad en la que empezó a andar.....  
Dificultades en el movimiento (pies, problemas posturales).....

### 5. DATOS LINGÜÍSTICOS

- Edad en la que empezó a hablar.....  
¿Tiene algún problema de comunicación o expresión?.....  
¿Se apoya mucho con el gesto?.....  
¿Se le habla con lenguaje de adulto o se utilizan sus propias expresiones?  
.....  
¿Qué lenguas habla en casa?.....

### 6. ASPECTOS SOCIALES

- ¿Cuáles son sus juegos más frecuentes?.....  
.....  
¿Con quién suele jugar?.....  
¿Cuáles son sus juguetes preferidos?.....  
¿Juega con otros niños y niñas en la calle?.....  
¿Cómo definirían a su hijo/a?.....

## 7. ASPECTOS SANITARIOS

- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave?.....
- ¿Presenta algún tipo de alergia o enfermedad?.....
- ¿Tiene problemas de audición o visión?.....
- ¿Es alérgico/a a algún medicamento?.....

## 8. DATOS DE ESCOLARIZACIÓN

- ¿Ha estado escolarizado anteriormente?.....
- ¿Desde qué edad?.....¿Dónde?.....
- ¿Cómo se adaptó?.....
- ¿Tuvo faltas de asistencia frecuentes?.....
- Acontecimientos especiales en la vida del niño/a: hospitalizaciones,  
muerte de algún familiar, separación de padre y madre, etc.....
- .....
- ¿Se queda al comedor?.....
- Religión o alternativa.....

## 10. OBSERVACIONES

- ¿Hay alguna observación o dato que crea conveniente que conozcamos?....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- ¿Qué esperan para este curso, con la escolarización de su hijo/a en Educación Infantil?

Fdo: \_\_\_\_\_

En Murcia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Gracias por su colaboración  
EL EQUIPO EDUCATIVO DE EDUCACIÓN INFANTIL.