



ENTREVISTA INICIAL DO PROFESOR/A TITOR/A ÁS
FAMILIAS DO ALUMADO DE EDUCACIÓN INFANTIL.
4º NIVEL DE EDUCACIÓN INFANTIL

DATOS DO ALUMNO/A:

Nome:..... Apelidos:.....
Data de nacemento:..... Lugar:
Domicilio:..... Localidade:.....
Tlfno fixo:..... Tlfno nai:..... Tlfno pai:.....

DATOS FAMILIARES:

Nome pai:..... Idade:..... Profesión:.....
Nome nai:..... Idade:..... Profesión:.....
Situación:
Nº de irmáns: Lugar que ocupa:

| NOME | IDADE | ESTUDIOS |
|------|-------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Outras persoas que conviven na casa:.....
.....

Situacións familiares a ter en conta (adopción, acollida, custodia compartida, orde de alonxamento,.....)

HÁBITOS:

ALIMENTACIÓN

- PRESENTA ALGUNHA ALERXIA OU INTOLERANCIA ALIMENTICIA.....
- EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFICAR CAL.....
- CANTAS COMIDAS FAI AO DÍA?.....
- É AUTÓNOMO/A CANDO COME?.....
- NÉGASE A PROBAR ALIMENTOS NOVOS ?.....
- VAI EMPREGANDO UTENSILIOS PARA COMER?.....
- USA CHUPETE.....

SONO

- CON QUÉN DORME: SÓ/A CON ALGUÉN
- DURME SESTA?..... CANTO TEMPO?.....
- POLA NOITE A QUE HORA SE DEITA?..... CANTAS HORAS DURME?.....
- DURME CON LUZ OU A ESCURAS?.....
- QUEN O DEITA NORMALMENTE??.....
- TEN ALGÚN OBXECTO PARA DURMIR?.....

HIXIENE

- VÍSTESE SÓ/A VÍSTESE CON AXUDA
- ÍSPESE SÓ/A ÍSPESE CON AXUDA
- BÁÑASE SÓ/A BÁÑASE CON AXUDA
- LAVA OS DENTES SÓ/A LAVA OS DENTES CON AXUDA
- PIDE PARA IR AO BAÑO SI NON

CONTROL DE ESFÍNTERES

- TEN CONTROL DE ESFÍNTERES DIURNO SI NON
- PIDE PARA FACER PIS SI NON
- PIDE PARA FACER CACA SI NON
- A QUE IDADE EMPEZOU A CONTROLAR ESFÍNTERES POLO DÍA?.....
- CONTROL DE ESFÍNTERES NOCTURNO SI NON

VIDA RELACIONAL

RELACIÓN COAS PERSOAS QUE CONVIVE:

- CON QUEN CONVIVE?.....
- QUEN O COIDA HABIUALEMNTE?.....
- RELACIÓNASE SEN PROBLEMAS COS ADULTOS? SI NON
- UTILIZAN O PREMIO COMO REFORZO A CONDUCTAS POSITIVAS? SI NON
- UTILIZAN O CASTIGO COMO RECURSO ANTE CONDUCTAS NEGATIVAS? SI NON

RELACIÓN COS IGUAIS E COS OBXECTOS:

- RELACIONÁSE CON OUTROS NENOS/AS? SI NON
- CON QUEN XOGA HABITUALMENTE?.....
- FRECUENTA ESPAZOS ONDE HAI MÁIS NENOS/AS? SI NON
- TOMA A INICIATIVA PARA RELACIONARSE COS IGUAIS ? SI NON
- PREFIRE XOGAR COS ADULTOS? SI NON
- TEN UN LUGAR NA CASA PARA XOGAR? SI NON
- CALES SON OS XOGOS FAVORITOS?.....
- QUÉ XOGUETES PREFIRE?.....
- RECOLLE OS XOGUETES UNHA VEZ QUE REMATA O XOGO? SI NON
- GÚSTALLE VER A TV? SI NON
- CANTO TEMPO VE AO DÍA A TV?.....
- CALES SON OS SEUS PROGRAMAS FAVORITOS?.....
.....
- GÚSTANLLE AS NOVAS TECNOLOXÍAS (ORDENADOR, VIDEOXOGOS,...? SI NON

NIVEL MADURATIVO:

LINGUAXE

- A QUE IDADE COMEZOU A FALAR ?.....
- PRONUNCIA AS PALABRAS: CORRECTAMENTE CON DIFICULTADE
- O ALUMNO/A FALA EN : GALEGO CASTELÁN
- CAL É O IDIOMA /S DE COMUNICACIÓN FAMILIAR ?.....
- EN XERAL, COMPRENDE A LINGUAXE FALADA? SI NON
- FAISE ENTENDER EMPREGANDO A LINGUAXE FALADA XERALMENTE? SI NON
- PRESENTA ALGÚN PROBLEMA NA FALA?.....

MOTRICIDADE

- A QUE IDADE COMEZOU A ANDAR ?.....
- GATEOU: SI NON
- MAN QUE USA CON MÁIS ASIDUIDADE PARA COMER, COLLER COUSAS,.....
DEREITA ESQUERDA INDISTINTAMENTE
- PRESENTA ALGÚN PROBLEMA MOTOR?.....

SAÚDE

- HOUBO ALGÚN PROBLEMA DURANTE A XESTACIÓN?.....
.....
- HOUBO ALGÚN PROBLEMA DURANTE O PARTO?.....
.....
- ENFERMIDADES PROPIAS DA IDADE.....
.....
- ENFERMIDADES CRÓNICAS.....
.....
- INTERVENCIÓNS QUIRÚRXCAS, HOSPITALIZACIÓNS OU ACCIDENTES.....
.....
- ALERXIAS A TER EN CONTA.....
- OBSERVACIÓNS.....
.....

ESCOLARIDADE:

- ASISTIU Á ESCOLA INFANTIL DE PRIMEIRO CICLO (0-3): SI NON
- CENTRO NO QUE ESTIVO ESCOLARIZADO.....
- CANTO TEMPO ASISTIU Á ESCOLA INFANTIL.....
- OPINIÓN DA FAMILIA SOBRE OS OBXECTIVOS A ACADAR NESTA NOVA ETAPA EDUCATIVA PARA OS SEUS FILLOS/AS.....
.....

TEMPERAMENTO:

- INDIQUE ALGÚN TRAZO DO SEU CARÁCTER QUE SEXA SOBRESAÍNTE:.....
.....
- CANDO TEN ALGÚN CONFLICTO, COMO O RESOLVE?.....
.....
- HAI ALGÚN ASPECTO QUE LLE PREOCUPE DO SEU FILLO/A.....
.....
- SINALE SEGUNDO A SUA OPINIÓN QUE ASPECTOS DEFINEN O CARÁCTER DO SEU FILLO/A:
SOCIALBLE CARIÑOSO/A ORDENADO/A MEDOSO/A PACÍFICO
CENTRADO/A TRANQUILO/A AMABLE

OBSERVACIÓNS:

NARÓN, A 4 DE SETEMBRO DE 2015