

avaliación inicial educación infantil

entregar á titora o 4 de setembro



DATOS PERSOAIS

Nome:		Data de nacemento:	
Nome da nai:			
Profesión:		Idade:	
Nome do pai:			
Profesión:		Idade:	
Persoa titora legal:			
Domicilio:			
Teléfonos:			
Nº de irmáns:		Lugar que ocupa:	
Nome dos/das que estean no centro e curso:			

HÁBITOS

ALIMENTACIÓN	
Come só?	
Presenta alguna intolerancia alimentaria?	
Hai algún alimento que non ten permitido?	
SONO	
Cantas horas dorme?	Dorme só/soa?
Dorme a escuras?	Dorme con luz?
Acostuma a espertar pola noite?	
HIXIENE	
Presenta certa autonomía no aseo?	
Colabora no propio aseo e vestido?	
Ten que ser verstedo/a?	Ten que ser bañado/a?
Controla esfínteres diurno?	Cando comezou?
Controla esfínteres nocturno?	Cando comezou?
VIDA RELACIONAL	
Con quen convive?	
Quen o coida habitualmente?	
Relacionase con outros nenos/as fóra do cole?	
Prefire xogar con adultos?	
Con quen xoga na casa?	
Que xogos e xoguetes son os seus preferidos?	

SAÚDE

Tivo algunha enfermidade importante?	Cal?		
Intervencións cirúrxicas?	Cal?		
Tivo algún accidente importante?	Cal?		
Seguiu ou segue algún tratamento?	Cal?		
Ten algunha alerxia?	A que?		
Enferma con frecuencia?			
Ten algún informe médico?	Precisa dalgunha medicación?		
Dificultade:	Auditiva	visual	Motora

NIVEL MADURATIVO

LINGUAXE			
Lingua habitual:	Castelán	Galego	
Pronuncia:	Correctamente	Intelixiblemente	Con dificultades
Cando empezou a falar?	9-15 meses	15-20 meses	A partir de 20 meses
MOTRICIDADE			
Cando comenzou a andar?			
Ten dificultades en desprazamentos: gateo, subir escaleiras, carreira?			
Que man usa preferentemente?			
TEMPERAMENTO			
Cando ten algún conflito como o resolve?			
Como o corrixen vostedes?			
Indique algún trazo do seu carácter que sexa sobresainte:			
Tranquilo/a	<input type="checkbox"/>	Agresivo/a	<input type="checkbox"/>
Activo/a	<input type="checkbox"/>	Inquedo/a	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Distraído/a	<input type="checkbox"/>	Tímido/a	<input type="checkbox"/>
Lento/a	<input type="checkbox"/>	Nervioso/a	<input type="checkbox"/>
Hay algún aspecto que lle preocupa do seu fillo/a?			
Habitualmente:			
Require moita atención dos pais?			
Entretense só?			
É caprichoso/a?			
Deixase convencer con facilidade?			

ESCOLARIDADE

Asistiu á escola infantil de 1º ciclo(0-3) anos?	
Dende cando?	Ía a gusto?
Semella contento/a de vir á escola?	
Quen o vai recoller?	
Hai algún aspecto do que non se falou que lle preocupe do seu fillo/a?	

OBSERVACIÓNS

--