

avaliación inicial educación infantil

entregar á titora o día fixado para a entrevista inicial



DATOS PERSOAIS

Nome:		Data de nac.	
Nome da nai:			
Nome do pai:			
Persoa titora legal:			
Domicilio:			
Teléfonos:			
Nº de irmáns:		lugar 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?		só/soa?	
Dorme a escuras?		con luz?	
Acostuma a espertar pola noite?			
AUTONOMÍA			
Autonomía no aseo?			
Colabora no propio aseo e vestido?			
Ten que ser vestido/a?		e bañado/a?	
Controla esfínteres diurno?		desde cando?	
Controla esfínteres nocturno?		desde cando?	
VIDA RELACIONAL			
Con quen convive?			
Quen o coida?			
Relacionase fóra do cole?			
Prefire xogar con adultos?			
Con quen xoga na casa?			
Xogos e xoguetes preferidos?			

SAÚDE

Enfermidade importante?		cal?	
Intervencións cirúrxicas?		cal?	
Accidente importante?		cal?	
Segue algún tratamento?		cal?	
Ten algunha alerxia?		a que?	
Enferma con frecuencia?			
Ten algún informe médico?		Precisa medicación?	
Dificultade:	Auditiva	<input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/> Motora <input type="checkbox"/>

LINGUAXE					
Lingua habitual:	Galego	<input type="checkbox"/>	Castelán	<input type="checkbox"/>	Outra <input type="text"/>
Pronuncia:	Correctamente	<input type="checkbox"/>	Intelixiblemente	<input type="checkbox"/>	Con dificultades <input type="checkbox"/>
Empezou a falar?	9-15 meses	<input type="checkbox"/>	15-20 meses	<input type="checkbox"/>	+ 20 meses <input type="checkbox"/>

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 corríxen vostedes?									
Indique algún trazo do seu carácter que sexa sobresaínte:									
Tranquilo/a	<input type="checkbox"/>	Agresivo/a	<input type="checkbox"/>	Activo/a	<input type="checkbox"/>	Inquedo/a	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Distraído/a	<input type="checkbox"/>	Tímido/a	<input type="checkbox"/>	Lento/a	<input type="checkbox"/>	Nervioso/a	<input type="checkbox"/>		<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?									

Asistiu á escola infantil de 1º ciclo (0-3) anos?			
Desde cando?	<input type="text"/>	ía a gusto?	<input type="text"/>
Semella contento/a de vir á escola?		<input type="text"/>	
Quen o vai recoller?			
Hai algún aspecto do que non se falou que lle preocupe do seu fillo/a?			

OBSERVACIÓNS

--