



ENTREVISTA INICIAL PRIMARIA

2016-2017

FECHA: _____

DATOS PERSONALES

Nombre del Alumno(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad (con meses): _____

DATOS FAMILIARES

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Profesión/estudios: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Profesión/estudios: _____

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre los hermanos: _____

DINÁMICA FAMILIAR

¿Con quién pasa más tiempo el niño(a)?

¿Quién asume el cuidado del hijo(a)?

¿Qué pautas educativas se siguen con relación a las buenas y malas conductas: premios, castigos, elogios, diálogo, comentarios, entre otros?

¿Qué tiempo emplean para estar con su hijo (a)? (juegos, paseos, tareas escolares)

¿Qué actitud hay en la familia respecto a su hijo (a)? (sobrepotección, exigencia, resignación, frustración, ansiedad, indiferencia, comprensión, aceptación o rechazo entre otras).

¿Ha habido algún acontecimiento que pueda haber influido, especialmente, en la vida de su hijo(a)? (enfermedades, muerte de un familiar, separación o divorcio de los padres.....)

En cuanto a la educación de su hijo(a), ¿Están ambos de acuerdo, padre y/o madre en lo que hay que hacer?

AFECTIVO SOCIAL

¿Con quién vive?

¿Cómo es la relación del niño(a) con sus padres?

¿Cómo es la relación con sus hermanos?

¿Cómo interactúa con adultos o iguales?

¿Cómo se adapta a nuevas situaciones?

¿Qué tipo de actividades realiza? (calle, con niños, solo adultos).

¿Cuáles son los sentimientos y emociones que más expresa? (rabia, cariño, pena, alegría, felicidad, enojo).

¿Qué le gusta mucho y le hace muy contento?

¿Qué cosas no le gustan y le enfadan?

ESCOLARIZACIÓN

¿Supervisa el cumplimiento de tareas escolares de su hijo(a)? (si, no, a veces, siempre).

¿Asiste a las reuniones programadas por el docente y por qué? (si, no, a veces, siempre).

¿Por qué motivo lo cambio a nuestro colegio?

AUTONOMÍA PERSONAL

¿Tiene algún problema con la alimentación? (no come de todo, come solo, come algunos alimentos como..., no come casi nada, hay que darle de comer).

¿Cómo es su autonomía con el vestido? (solo se quita o se pone la ropa, solo sabe quitarse algunas prendas, no sabe ni ponerse nada).

¿Cómo son sus hábitos de limpieza, aseo, higiene?

¿Cómo duerme, solo, con los padres, con el hermano u/u otro familiar?

¿Cómo es su sueño, duerme bien, tiene sueño alterado o duerme poco?

OBSERVACIONES MÉDICAS

¿Es alérgico a algún medicamento y cuál?

¿Ha tenido algún accidente o/y operación y explique brevemente?

¿Tiene alguna enfermedad o tratamiento psicológico o tiene algún tratamiento y explique brevemente?

¿Suele presentar faltas de asistencia en la escuela por ello?

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del director