

**ENTREVISTA  
PARA  
PADRES**

**DATOS PERSONALES**

---

**Datos personales**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

¿Cómo le llamáis? \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

N\_I\_F\_: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono/s de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Datos familiares**

Nombre y apellidos del **progenitor 1**: \_\_\_\_\_

N\_I\_F\_: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Paro/Activo: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del **progenitor 2**: \_\_\_\_\_

N\_I\_F\_: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Paro/Activo: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Hermanos**

Número de hermanos: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_

Lugar que ocupa entre los hermanos: \_\_\_\_\_

¿Cómo es la relación con sus hermanos? \_\_\_\_\_

**Situación familiar**

Personas con las que convive actualmente:

Progenitor 1 y 2

Progenitor 1

Progenitor 2

Otras personas \_\_\_\_\_

¿Con quién pasa más tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha habido, o hay, alguna situación familiar que haya afectado o afecte a su hijo/a?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SALUD:**

---

**Embarazo y lactancia**

Actitud de los padres durante el embarazo: \_\_\_\_\_

¿Transcurrió con normalidad o surgieron complicaciones? \_\_\_\_\_

¿El parto fue normal o se presentaron dificultades? \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas después del parto? \_\_\_\_\_

Tipo de lactancia: natural/artificial \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

**Otros datos**

Alergias: \_\_\_\_\_

Dieta especial: \_\_\_\_\_

Vacunas pendientes: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Qué enfermedades ha padecido? \_\_\_\_\_

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

*SI TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O ALERGIA **APORTAR INFORME MÉDICO***

**HÁBITOS:**

---

**Alimentación**

¿Cómo es la alimentación del niño/a actualmente? \_\_\_\_\_

¿Cómo ha sido el paso de la alimentación líquida a la semisólida y a la sólida? \_\_\_\_\_

¿Utiliza biberón? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de alimentos prefiere? \_\_\_\_\_

¿Qué alimentos rechaza? \_\_\_\_\_

¿Come de todo? \_\_\_\_\_ ¿Triturado o sólido? \_\_\_\_\_

¿Qué come habitualmente?

Desayuno: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Merienda: \_\_\_\_\_

Cena: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su actitud ante la comida? \_\_\_\_\_

¿Come solo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza los cubiertos (cuchara, tenedor)? \_\_\_\_\_

¿Tiene buen apetito? \_\_\_\_\_

Problemas de:

▪ Masticación: \_\_\_\_\_

▪ Deglución: \_\_\_\_\_

▪ Digestión: \_\_\_\_\_

▪ Otros: \_\_\_\_\_

### Sueño

¿A qué hora se acuesta? \_\_\_\_\_ ¿Se duerme con facilidad? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su sueño? \_\_\_\_\_

¿Tiene pesadillas? \_\_\_\_\_

¿Qué hacéis cuando no se duerme? \_\_\_\_\_

¿Comparte habitación? \_\_\_\_\_ ¿Con quién? \_\_\_\_\_

¿Cómo duerme? (con luz, con algún objeto, con la presencia de un adulto, con chupete, ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Control de esfínteres

¿Le molesta estar sucio? \_\_\_\_\_

¿Utiliza pañal? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Utiliza crema especial? \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Controla esfínteres? \_\_\_\_\_ ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Va solo al cuarto de baño? \_\_\_\_\_

### Aseo

¿A qué hora se baña? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura el baño? \_\_\_\_\_

¿Disfruta del baño o lo rechaza? \_\_\_\_\_

¿Quién le baña habitualmente? \_\_\_\_\_

### **SOCIALIZACIÓN:**

#### Relación con los adultos

¿Le gusta que sus padres participen en sus juegos? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con los adultos? \_\_\_\_\_

¿Se relaciona sin problemas con otros adultos? \_\_\_\_\_

¿Cómo se le castiga? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Cómo se le premia? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

#### Relación con otros niños:

¿Le gusta jugar con otros niños? \_\_\_\_\_

¿De qué edad los prefiere? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de juegos prefiere realizar con otros niños? \_\_\_\_\_

¿Cómo se relaciona con ellos? \_\_\_\_\_

**Relación con los objetos y el espacio**

¿Cuáles son sus juegos y juguetes preferidos? \_\_\_\_\_

¿Tiene un lugar donde puede jugar? \_\_\_\_\_

¿Tiene la posibilidad de disfrutar de espacios exteriores (jardines, parques, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia juega al aire libre? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ve la televisión? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de programas ve? \_\_\_\_\_

¿Con quién? \_\_\_\_\_

**Relaciones afectivas**

¿Qué relación tiene con sus hermanos? \_\_\_\_\_

¿Tiene celos? \_\_\_\_\_

¿Con qué otros niños se relaciona? \_\_\_\_\_

¿Pega o muerde? \_\_\_\_\_

¿Tiene miedos? \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona ante los extraños? \_\_\_\_\_

¿Presenta algún problema de conducta? \_\_\_\_\_

**ESCOLARIZACIÓN:**

¿Ha estado en otro centro educativo anteriormente? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Cómo se adaptó? \_\_\_\_\_

¿Mantén una buena relación con sus compañeros? \_\_\_\_\_

¿Qué comentarios u observaciones han hecho sus educadores? \_\_\_\_\_

**NIVEL MADURATIVO:**

**Lenguaje**

¿Cómo es actualmente su lenguaje? \_\_\_\_\_

¿A qué edad dijo las primeras palabras? \_\_\_\_\_ ¿Habla mucho o poco? \_\_\_\_\_

¿Se le entiende cuando habla? \_\_\_\_\_

¿Se apoya más en el lenguaje oral o en el gestual? \_\_\_\_\_

¿Cómo se le corrige cuando dice mal alguna palabra? \_\_\_\_\_

¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan expresiones infantiles? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna alteración del lenguaje oral? \_\_\_\_\_

¿En qué idioma/s se expresa? \_\_\_\_\_

### **Motricidad**

¿Ha gateado? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad comenzó a andar? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultades en el movimiento? \_\_\_\_\_

¿Sube y baja escaleras? \_\_\_\_\_ ¿Solo o con ayuda? \_\_\_\_\_

¿Es capaz de sentarse en una silla sin caerse? \_\_\_\_\_

### **Emocional**

¿Es inquieto o tranquilo? \_\_\_\_\_

¿Cómo responde cuando se le regaña? \_\_\_\_\_

¿Tiene rabietas a menudo? \_\_\_\_\_

¿Suele salirse con la suya? \_\_\_\_\_

¿Qué cambios habéis observado en vuestro/a hijo/a desde que va a la escuela?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiríais a vuestro/a hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que os gustaría destacar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Expectativas de la familia**

¿Qué esperáis de este centro educativo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **En la Escuela**

Horario ampliado de mañana (Hasta las 9:00)

Especificar horario: \_\_\_\_\_

Horario ampliado de tarde (Salida desde las 15:00)

Horario normal (entrada de 9:00 a 9:30 y hora de salida máxima 15:00)

Especificar horario: \_\_\_\_\_

Desayuno (solo para niños en horario ampliado y hora máxima de desayuno 8:30)

¿Qué desayuna? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Escuela Infantil Municipal **COMUNICA** que los niños/as de horario ampliado mayores de 1 año que no vengán desayunados, **NO** podrán traer el desayuno de casa, al igual que la comida.

Podrán tomar el desayuno que ofrece el Centro.

La Escuela Infantil Municipal ofrece:

- Cereales.
- Leche entera.
- Galletas.

Comedor

Tipo de comida:

- Puré
- Sólido

Alergias: SI/NO

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**APORTAR INFORME EN CASO DE TENER ALERGIAS ALIMENTARIAS**

Fecha de comienzo de curso: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de comedor: \_\_\_\_\_

Periodo de adaptación: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma:  
PROGENITOR 1 (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)

Firma:  
PROGENITOR 2 (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)