



## Entrevista inicial con las familias del niño de 2-3 años

### 1. Datos personales del niño/a.

- Nombre y apellidos.....
- Fecha de nacimiento: .....Lugar de nacimiento: .....
- Horario que permanecerá en el Centro: .....
- ¿Ha estado escolarizado en otro centro?: ..... ¿Tiempo?: .....

### 2. Datos familiares (tutor@s).

- Nombre y apellidos tutor@1: .....
- Profesión: .....Horario: .....
- Nombre y apellidos tutor@2 : .....
- Profesión: .....Horario: .....
- Hermanos del niño/a: ..... Edad: .....
- Otras personas que conviven con el niño/a:.....
- Familiar con el que más se relaciona: .....

### 3. Enfermedades – (Embarazo y Parto)

- El embarazo transcurrió con: *normalidad* - *complicaciones*
- ¿Cuáles?:.....
- El parto fue con: *normalidad* - *complicaciones*
- ¿Cuáles?:.....
- ¿Cuánto pesó al nacer?: ..... Kgs.



- ¿Tiene algún problema?: *Auditivo – Visual – Motriz – Cerebral – Respiratorio*
- *De lenguaje - Digestivo – Otros ¿Cuáles?:* .....
- ¿Tiene algún tipo de **alergia**?:..... ¿Cuál?: .....
- ¿Qué enfermedades ha padecido y a qué edad?: .....
- .....
- ¿Toma alguna medicina a diario?: ..... ¿Cuál?: .....
- ..... ¿Por qué?: .....
- ¿Se le han puesto las vacunas que le corresponden a su edad?: .....
- Observaciones: .....
- .....

#### **4. Hábitos**

##### ***Alimentación:***

- ¿Le costo pasar de la alimentación líquida a la sólida?: ..... ¿Cuándo pasó? (edad): .....
- ¿Tuvo problemas de succión?: ..... ¿Y al tragar?: ..... ¿Y al masticar?: .....
- ¿Come solo, necesita ayuda o hay que dárselo?: .....
- ¿Cuales son sus alimentos preferidos?: .....
- ¿Qué alimento rechaza por completo?: .....
- ¿Cuántas comidas hace al día?: ..... ¿A qué horas?: .....
- ¿Tiene problemas con la comida?: ..... ¿Cuáles?: .....
- ¿Tiene alergia o intolerancia a algún alimento?: ..... ¿Cuáles?: .....
- .....

##### **Sueño:**

- ¿Duerme solo en su habitación?: ..... ¿Con luz?: .....



- ¿Se despierta con pesadillas o terrores?: ..... ¿Con qué frecuencia?: .....
- .....
- ¿Tiene miedos?: ..... ¿A qué?: .....
- ¿Suele dormir siesta?: ..... ¿Cuánto tiempo y qué horario?: .....
- ¿Tiene algún objeto para dormirse?: .....
- ¿A qué hora se le acuesta?: ..... ¿A qué hora se levanta?: .....
- ¿Le gusta que le cuenten cuentos a la hora de dormir?: .....
- ¿Cuál es su rutina al acostarlo?: .....

Observaciones : .....

.....

.....

## 5. Vida relacional

### Relación con las personas:

- ¿Quién se encarga de su atención?: .....
- ¿Cómo se lleva con el padre?: ..... ¿Y con la madre?: .....
- ¿Cómo se lleva con los hermanos?: ..... ¿Y con los abuelos?: .....
- ¿A quién prefiere?: .....
- ¿Cuáles son los sentimientos y emociones que mas expresa?: *Rabia – Cariño – Pena – Alegría – otros:* .....
- ¿Suele llorar?: ..... ¿Por qué?: .....
- ¿Suele mentir?: .....



- ¿Cómo es su relación con el resto de niños/as: .....
- ¿Y con los adultos?: .....
- ¿A qué juega preferentemente?: .....
- ¿Con quién juega?: .....
- ¿Cómo se relaciona con desconocidos?: .....
- .....
- .....

**Relación con los espacios y los objetos:**

- ¿Se le proporcionan juguetes para jugar?: ..... ¿Cuántos?: .....
- ¿Los objetos de la casa están a su alcance?: ..... ¿Se retiran hasta que sea más mayor?: .....
- ¿Cuál o cuales son sus juguetes preferidos en casa?: .....
- ¿Se le deja solo/a para jugar?: .....
- ¿Cuáles son sus juegos o actividades preferidos?: .....

Observaciones: .....

.....

.....

**6. Nivel madurativo y evolutivo.**

**Control de Esfínteres.**

- ¿Lleva pañal por el día?: ..... ¿Y por la noche?: .....
- ¿Controla el pipí, las heces, o ambas?: .....
- ¿Ha encontrado su horario?: ..... ¿Cuál es?: .....
- ¿Lo pide él o ella?: ..... ¿Va sol@ al W.C u orinal?: .....
- ¿Otras observaciones de la familia?: .....
- .....



**Lenguaje:**

- ¿Cuándo comenzó a decir palabras?: .....
- ¿Relaciona palabra con significado?: .....
- ¿Se le habla con lenguaje adulto o se utilizan sus mismas expresiones?: .....
- ¿Lengua que se habla en casa?: .....
- ¿Tiene algún problema de comunicación o expresión?:..... ¿Cuál?: .....
- .....

**Motor:**

- ¿Cuándo se sentó sin ayuda?: .....
- ¿Cuándo gateo?: .....
- ¿Cuándo se levanto y se sostuvo de pie?: .....
- ¿Cuándo empezó a andar?: .....
- ¿ Se viste solo o sabe ponerse alguna prenda?: .....
- ¿Tiene algún problema en el aparato locomotor?: .....

**Emocional:**

- El niño/a es: Tranquilo/a: ..... Nervioso/a: ..... Movido/a: .....
- ¿Qué aspecto destaca del niño y por qué: .....
- ¿Qué aspecto considera menos destaca y por qué?.....
- .....
- ¿En qué le gustaría prioritariamente ver mejorar a su hijo/a?:
- .....
- .....
- ¿Qué espera de la escolarización del niño/a?: .....
- .....
- .....



**Observaciones que considere necesarias aportar:**

.....

.....

.....

.....

**NOTA**

*Esta entrevista se tendrá que rellenar y entregar una semana antes de que el niño/a se incorpore al centro.*

*No tiene ninguna validez si se rellena antes de tiempo y la Educadora no dispone de ella.*

**Realizada el día:** ..... **Entregada el día:**

**Firma tutor@s**

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

**Responsable:** CENTRE EDUCACIÓN INFANTIL BALEARES, S.L.

**Finalidad:** Administración y gestión de servicios.

**Legitimación:** Consentimiento expreso prestado al firmar el presente documento.

**Destinatarios:** Cesiones y/o transferencias a terceras empresas y/o organismos tal y como se indica en la información adicional.

**Derechos:** Acceso, rectificación, oposición, limitación, así como otros derechos debidamente recogidos en la información adicional.

**+ Información:** Puede consultar información adicional al respecto a través del siguiente enlace [www.centrosinfantiles.com/politica-de-privacidad-documentacion](http://www.centrosinfantiles.com/politica-de-privacidad-documentacion)