

# Entrevista a las familias

DATOS DEL ALUMNO/A Y DE LA FAMILIA				
<b>• DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A</b>				
NOMBRE Y APELLIDOS				
FECHA DE NACIMIENTO		DOMICILIO HABITUAL		
LUGAR DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD		
TELÉFONO ( Fijo)		TELÉFONO MÓVIL		
<b>• DATOS DE LA FAMILIA</b>				
NOMBRE DEL PADRE		(EDAD):	(Profesión);	
NOMBRE DE LA MADRE		(EDAD):	(Profesión);	
Nº DE HERMANOS		LUGAR QUE OCUPA		
OTROS FAMILIARES SIGNIFICATIVOS CON LOS QUE CONVIVE:				

<b>• HISTORIA ESCOLAR-GUARDERÍA</b>				
¿Ha asistido a guardería?	SÍ, UN AÑO MÁS	SÍ, MENOS DE UN AÑO	NO	OBSERVACIONES
¿Cómo fue su adaptación?	BUENA	REGULAR	MALA	OBSERVACIONES
¿ Ha asistido a otros centros de rehabilitación, logopedia,apoyo, etc?	NO	SÍ, SÓLO UNOS MESES	SÍ	OBSERVACIONES(CENTRO Y MOTIVO)
<b>• DATOS MÉDICOS</b>				
¿Tuvo problemas cuando nació?Prenatales, natales, postnatales	NO, NINGUNO	SÍ , ALGUNO PERO LEVE	SÍ	OBSERVACIONES(Señalar cual)
¿Cómo es su estado de salud actual?	BUENO	REGULAR	PROBLEMAS	OBSERVACIONES
¿Padece alguna enfermedad actual que debamos saber en el colegio?	NO , NINGUNA	ALGUNA , PERO LEVE	SI	OBSERVACIONES (SEÑALAR)
¿Toma alguna medicación?	NO	A VECES	SÍ	OBSERVACIONES ( SEÑALAR)

• DATOS SENSORIALES Y PSICOMOTRICES				
¿Tiene alguna dificultad sensorial?	NO.NINGUNA	ALGUNA, PERO LEVE (vista, oído...)	SÍ	OBSERVACIONES (SEÑALAR)
¿Tiene dificultades , al andar, caminar, saltar, correr, mover las manos...?	NO, NINGUNA	ALGUNA , PERO LEVE.	SÍ	OBSERVACIONES (SEÑALAR)
¿A qué edad comenzó a andar?	ANTES DEL AÑO	ENTRE EL AÑO Y AÑO Y MEDIO	DESPUÉS DE AÑO Y MEDIO	OBSERVACIONES (SEÑALAR)
¿Qué mano usa habitualmente?	DERECHA	INDISTINTAMENTE	IZQUIERDA	OBSERVACIONES (SEÑALAR)
• DATOS SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL				
¿Tiene algún problema con la alimentación?	NO, COME DE TODO Y COME SOLO	ALGUNO, COME TRITURADO Y HAY QUE AYUDARLE	BASTANTES COME POCO Y HAY QUE DARLE DE COMER	OBSERVACIONES( SEÑALAR)
¿Cómo es su autonomía con el vestido?	SE PONE Y SE QUITA SOLO MUCHA ROPA	SÓLO SABE QUITARSE ALGUNAS PRENDAS	NO SABE NI QUITARSE NI PONERSE NADA	OBSERVACIONES(SEÑALAR)
¿Cómo son sus hábitos de limpieza, aseo e higiene?	BUENOS	REGULARES	MALOS	OBSERVACIONES(SEÑALAR)
¿Cómo duerme, cómo es su sueño?	DUERME SOLO DUERME BIEN	DUERME CON LOS PADRES	TIENE EL SUEÑO ALTERADO.DUERME POCO	OBSERVACIONES(SEÑALAR)
¿Controla esfínteres?	SÍ, SIEMPRE LO PIDE.	A VECES SE LE ESCAPA.	NO, SE HACE PIS Y/O CACA	OBSERVACIONES( SEÑALAR)
• SITUACIONES Y RELACIONES FAMILIARES				
¿Ha habido algún acontecimiento que pueda haber influido , especialmente, en la vida de su hijo? (Enfermedades, muerte de un familiar, ausencia del padre, dificultades económicas, separación o divorcio...)	NO, NINGUNA		SI	OBSERVACIONES ( SEÑALAR)
En cuanto a la educación de su hijo/a, ¿están ambos de acuerdo , padre, madre, en lo que hay que hacer?	NO		SI	OBSERVACIONES(SEÑALAR)
¿Qué pautas educativas se siguen con relación a las <b>malas conductas</b> ? (Castigos, riñas, diálogo, comentarios..)	OBSERVACIONES(SEÑALAR)			
¿Qué pautas educativas se siguen con relación a las <b>buenas conductas</b> ? premios, elogios, diálogo, comentarios, etc.?	OBSERVACIONES(SEÑALAR)			
¿Qué actitud hay en la familia respecto a su hijo/a? ( Sobreprotección, exigencia, resignación, frustración, ...	OBSERVACIONES(SEÑALAR)			

<b>• PERSONALIDAD DEL ALUMNO</b>					
Alegre Cariñoso	Triste Agresivo	Tímido Tranquilo	Sociable Seguro	Obediente Desobediente	
Dependiente Perseverante	Independiente Inconstante	Nervioso Resignado	Organizado Se aísla	Desorganizado Comunicativo	
¿Suele hablar con vosotros de lo que le interesa y o le preocupa?			SI	NO	
<b>OTRAS OBSERVACIONES</b>					
<b>• HÁBITOS DE ESTUDIO</b>					
¿Dispone de un lugar propio para el estudio			SI	NO	
¿Tiene un horario fijo para estudiar o hacer tareas?			SI	NO	
			( ¿Lo cumple?)		
			SI	NO	
¿Supervisáis su trabajo?			SI	NO	
<b>• OCIO Y TIEMPO LIBRE</b>					
¿Qué hace su hijo en su tiempo libre?		OBSERVACIONES:			
¿Cómo ocupáis el tiempo en familia? (Televisión, afición común, excursiones, juegos, conversar, etc...)		OBSERVACIONES:			
<b>• VALORACION DE LA CONDUCTA DE SU HIJO/A</b>					
<b>ÁMBITO FAMILIAR</b>					
	EXCELENTE	BUENO	NORMAL	REGULAR	MALO
Con relación a su padre					
Con relación a su madre					
Con relación a sus hermanos					
Con relación al cumplimiento de las responsabilidades que se le asignan.					
Con relación a la normas de convivencia establecidas					
<b>OTRAS OBSERVACIONES:</b>					



Región de Murcia  
Consejería de Educación,  
Juventud y Deportes



**CBM** 

C/San Gil, 12  
30180 LA UNIÓN  
30020005@murciaeduca.es

