

# 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?<br>(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> ?<br>(Castigos, riñas, diálogo, comentarios..)                                                                                        | OBSERVACIONES(SEÑALAR)             |                                           |                                              |                         |
| ¿Qué pautas educativas se siguen con relación a las <b>buenas conductas</b> ?<br>premios, elogios, diálogo, comentarios, etc.?                                                                                   | OBSERVACIONES(SEÑALAR)             |                                           |                                              |                         |
| ¿Qué actitud hay en la familia respecto a su hijo/a?<br>( Sobreprotección, exigencia, resignación, frustración, ...                                                                                              | OBSERVACIONES(SEÑALAR)             |                                           |                                              |                         |



|                                                                                                               |                              |                       |                        |                               |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|------|
|                                                                                                               |                              |                       |                        |                               |      |
| <b>• PERSONALIDAD DEL ALUMNO</b>                                                                              |                              |                       |                        |                               |      |
| Alegre<br>Cariñoso                                                                                            | Triste<br>Agresivo           | Tímido<br>Tranquilo   | Sociable<br>Seguro     | Obediente<br>Desobediente     |      |
| Dependiente<br>Perseverante                                                                                   | Independiente<br>Inconstante | Nervioso<br>Resignado | Organizado<br>Se aísla | Desorganizado<br>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?<br>(Televisión, afición común, excursiones,<br>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



C/San Gil, 12  
Tel: 968100126  
30060 LA UNIÓN  
30020005@murciaeduca.es