



Colegio Don Bosco Nivel Inicial

Nombre de la docente:

Fecha:

Familiares que asisten a la entrevista con la docente:

Nombres y apellido del niño/a: Apodo.....

Fecha de nacimiento..... Lugar..... DNI.....

Dirección..... Barrio.....

Teléfono mamá.....

Teléfono papá.....

Mail familiar.....

Médico de cabecera..... Obra Social.....

1. HISTORIA ESCOLAR

EDAD	JARDÍN	ADAPTACIÓN (FÁCIL-DIFÍCIL)	EXPERIENCIA (BUENA REGULAR-MALA)

Turno en el que asistía el último año

¿Cómo cree que va a ser su adaptación?.....

2. LA FAMILIA

	Nombre y apellido	Edad	Nacionalidad
Padre			
Madre			
Hermano			
Hermano			
Hermano			
Hermano			



3. LOS HERMANOS

¿Tiene alguno/a en primaria o secundaria de este colegio?

	Nombre	Grado/primaria	Año/secundaria
Hermano			
Hermano			
Hermano			
Hermano			

4. LOS PAPÁS

	Estudios y profesión	Lugar de trabajo	Teléfono
Mamá			
Papá			

Estado actual de la pareja (Juntos-separados)

5. RELACIÓN CON EL GRUPO FAMILIAR

¿Con quienes vive?.....

¿Quién lo cuida habitualmente?.....

¿Prefiere a algún familiar en especial?.....

¿Quién pone los límites?

¿Son respetados?.....

¿Con quién comparte la mayor parte del día?.....

¿Cómo es con mamá?.....

¿Cómo es con su papá?.....

¿Cómo es el trato con sus hermanos?.....

¿Hizo alguna pregunta sobre el nacimiento?.....¿Muerte?.....¿Sexo?.....

¿Hay algo que los inquieta de su hijo?.....

6. COMPORTAMIENTO GENERAL

¿Cómo lo describiría?.....

.....

.....

.....

.....

Anote, por lo menos, tres características positivas de su hijo.....

¿Manifiesta algún temor?.....



7. PARTICIPACIÓN SOCIAL

¿Es activa su vida social?.....

¿Se relaciona bien con otras personas?.....

¿Se queda sólo en fiestas infantiles?.....

¿Con quiénes juega?.....

Juguetes preferidos.....

Juegos habituales.....

¿Cuántas horas pasa frente a las pantallas?.....¿y al aire libre?.....

Otras actividades extraescolares.....

8. HÁBITOS

¿Va sólo al baño?.....¿Lo hace con autonomía o pide ayuda?

¿Se hace pis en la cama?..... ¿Usa pañales?

¿Duerme siesta?.....¿Duerme en su cama?.....

A la noche: ¿tiene pesadillas, se cambia de cama?.....

¿Usa chupete?.....¿cuándo lo dejó?.....

¿Usa mamadera?.....¿cuándo la dejó?.....¿toma teta?.....¿cuándo la dejó?

¿Come sólo?.....¿se viste sólo?.....¿se baña sólo?.....

¿Ha tenido o tiene alguna dificultad en su alimentación?.....

¿Tiene alguna alergia alimenticia?.....

9. HISTORIA CLÍNICA

¿Cómo recibieron la noticia de la llegada de su hijo/a?.....

¿Cómo fue el embarazo?.....

¿Cómo fue el parto?.....¿llegó a término?

¿Es adoptado?.....

Enfermedades.....

Accidentes.....

Operaciones.....

Se ha detectado alguna dificultad actualmente en: vista-oídos-alergias-pies etc

¿Ha realizado o realiza algún tratamiento, fonoaudiológico, psicopedagógico, psicológico o de otro tipo?

.....

.....

¿Cuándo comenzó?.....

¿Quién indicó/sugirió el tratamiento?.....

¿Tiene el alta?.....



10. DATOS PSICOMOTRICES

¿Cuándo comenzó a caminar?.....¿Lo hace con seguridad?.....
¿Qué mano utiliza frecuentemente?.....

11. LENGUAJE

¿Cuándo comenzó a hablar?.....¿Pronuncia correctamente?.....
¿Tiende a ser callado o conversador?.....

¿Hay algún factor irregular en la familia que pueda afectar la adaptación de su hijo? (cambio de domicilio, muertes, separación, llegada de un hermano, etc.)

.....
.....
.....

¿Qué espera del nivel inicial de nuestro colegio?

.....
.....
.....

Firma de papá.....

Firma de la mamá.....