



ENTREVISTA INICIAL

1. DATOS PERSOAIS:

NOME	
DATA DE NACEMENTO	
DOMICILIO	
TELÉFONOS	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

2. DATOS DA ESCOLARIZACIÓN:

ESCOLA	
CURSO	
ESTIVO ESCOLARIZADO/A ANTERIORMENTE? ONDE, CANTO TEMPO E COMO FOI A ADAPTACIÓN? GUSTÁBALLE IR?	

3. MEMBROS DA UNIDADE FAMILIAR:

	NOME	IDADE	PROFESIÓN	CONVIVENCIA
PROXENITOR/A (NAI/PAI)				SI/NON
PROXENITOR/A (NAI/PAI)				SI/NON
OUTRO/A				
OUTRO/A				
OUTRO/A				
OUTRO/A				



4. ANTECEDENTES MÉDICOS:

INCIDENCIAS NO EMBARAZO E/OU PARTO?	
ENFERMIDADES OU TRASTORNOS? PROBLEMAS DE VISIÓN/AUDICIÓN?	
ALERXIAS OU INTOLERANCIAS?	
HOSPITALIZACIÓNS OU INCIDENCIAS MÉDICAS?	
VACINAS	
TOMA MEDICACIÓN? CAL?	
ASISTE A ATENCIÓN TEMPERÁ, REHABILITACIÓN, LOGOPEDIA OU ALGÚN SERVIZO EXTERNO?	
OUTROS DATOS A DESTACAR	

5. DESENVOLVEMENTO EVOLUTIVO:

LINGUAXE	
A QUE IDADE COMEZOU A FALAR?	
LINGUA MATERNA	
ENTÉNDESELLE BEN, MAL, REGULAR? NA CONTORNA FAMILIAR E FÓRA DELA?	
PRESENTA DIFICULTADES DE PRONUNCIACIÓN?	
OUTROS DATOS A DESTACAR	

PSICOMOTRICIDADE	
A QUE IDADE COMEZOU A ANDAR?	
GATEOU PREVIAMENTE?	
CORRE? SALTA?	
SUBE E BAIXA ESCALEIRAS?	
QUE MAN EMPREGA HABITUALMENTE?	
OUTROS DATOS A DESTACAR	

CONTROL DE ESFÍNTERES	
TEN CONTROL DE ESFÍNTERES? DIURNO, NOCTURNO, AMBOS?	
A QUE IDADE O ACADOU?	
SE NON CONTROLA ESFÍNTERES, EN QUE MOMENTO ESTÁ? EMPREGA CUEIROS?	
OUTROS DATOS A DESTACAR	

6. PERSONALIDADE E INTERESES:

COMO DEFINIRÍA AO NENO/A? DIGA ALGÚN RASGO QUE DESTAQUE DA SÚA PERSONALIDADE.	
COMO REACCIONA ANTE UN CONFLITO E COMO ADOITAN RESOLVELOS?	
CALES SON OS SEUS INTERESES/XOGOS FAVORITOS?	
CON QUEN LLE GUSTA XOGAR? PREFIRE AOS ADULTOS OU OUTROS NENOS/AS?	



ADOITA VER A TV/TABLET/MÓBIL? CANTAS HORAS AO DÍA?	
REALIZA ALGUNHA ACTIVIDADE EXTRAESCOLAR? MÚSICA, INGLÉS, NATAÇÃO...?	

7. HÁBITOS:

ALIMENTACIÓN	
COME SÓ/A OU CON AXUDA?	
SÓLIDO? LÍQUIDO? ESMAGADO?	
TOMA BIBERÓN? CANDO?	
COME DE TODO? QUE ALIMENTOS NON QUERE COMER?	
TEN ALGUNHA INTOLERANCIA OU ALERXIA?	

SONO	
DURME SÓ OU COMPARTE HABITACIÓN? CON QUEN?	
A QUE HORA SE DEITA? CANTAS HORAS DURME?	
TEN PESADELOS OU TERRORES NOCTURNOS?	
EMPREGA CHUPETE?	

AUTONOMÍA PERSOAL (HIXIENE, VESTIDO...).	
É AUTÓNOMO E COLABORA NO MOMENTO DO BAÑO, VESTIDO...? OU PRECISA AXUDA?	
RECOLLE AS SÚAS PERTENZAS E	



ESPAZOS (XOGUETES, HABITACIÓN...)?	
------------------------------------	--

8. EXPECTATIVAS:

POR QUE ELIXIRON ESTA ESCOLA? (CERCANÍA, MODELO EDUCATIVO, CONTORNA, GRUPOS REDUCIDOS, RECOMENDACIÓN...)	
---	--

QUE AGARDAN DA ESCOLARIZACIÓN DO SEU FILLO/A? QUE ASPECTOS PRIMAN DA EDUCACIÓN QUE NO CRA SE OFRECE?	
---	--

COMO AFRONTA O SEU FILLO/A A ENTRADA Á ESCOLA? (ESTÁ CONTENTO/A, TEN MEDO, TEN GANAS DE COMEZAR, NON QUERE VIR...)	
---	--

9. CAMBIOS OU SUCESOS QUE POIDAN ESTAR A INFLUÍR NO SEU DESENVOLVEMENTO:

MORTE DE FAMILIARES	
---------------------	--

MUDANZAS, CAMBIO DE RESIDENCIA	
-----------------------------------	--

EMBARAZOS OU NACEMENTO DE IRMÁ/IRMÁN.	
--	--

OUTROS	
--------	--