



Entrevista inicial amb la família P3

Pàgina: 1/4

Foto

Entrevista

Data:

Alumne/a:

Mestre/a:

Persona que respon entrevista?

Dades personals del nen o nena

Nom:

Cognoms:

Data naixement:

Lloc naixement:

Ha estat escolaritzat? Sí ☐ No ☐ Des de quina edat? P0 ☐ P1 ☐ P2 ☐

Té germans? Sí ☐ No ☐ Quants?

Noms i edats dels germans:

Nom i edat de la mare o tutora:

Nom i edat del pare o tutor:

Altres membres de la família autoritzats a recollir el nen/a al centre:

Dades evolutives

L'embaràs va transcórrer amb: ☐ Normalitat ☐ Complicacions

El part va transcórrer amb: ☐ Normalitat ☐ Complicacions

Pes en néixer?

Va gatejar? Sí ☐ No ☐ Quan va començar a caminar?

Controla els esfínters? Sí ☐ No ☐

Demana per anar al lavabo? Sí ☐ No ☐ Va sol al lavabo? Sí ☐ No ☐



Entrevista inicial amb la família P3

Pàgina: 2/4

Quan va començar a balbucejar?

Quan va començar a dir paraules?

Es vesteix sol/a?

Des de quan?

Altres observacions:

Alimentació

Li va costar passar de l'alimentació líquida a la sòlida? Sí ☐ No ☐

Quan va fer el canvi?

Va tenir problemes: ☐ de succió ☐ en empassar ☐ de masticació

Actualment té problemes per menjar? Sí ☐ No ☐

Quins?

Menja amb biberó? Sí ☐ No ☐

Menja: ☐ poc ☐ molt ☐ lent ☐ ràpid ☐ sòlid ☐ triturat

Altres observacions:

Son

Dorm sol al seu llit? Sí ☐ No ☐

Es desperta amb malsons? Sí ☐ No ☐ Amb quina freqüència?

Dorm amb: ☐ xumet ☐ dit a la boca ☐ ninots/nines ☐ altres

Acostuma a fer migdiada? Sí ☐ No ☐ Matí ☐ Tarda ☐

Té pors? Sí ☐ No ☐ De què?

Altres observacions:



Entrevista inicial amb la família P3

Pàgina: 3/4

Dades mèdiques

Té alguna dificultat?

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Digestiva | <input type="checkbox"/> Respiratoria | <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> Al·lèrgies |
| <input type="checkbox"/> De llenguatge | <input type="checkbox"/> Cerebral | <input type="checkbox"/> Motriu | <input type="checkbox"/> Altres | |

Quina?

Hi ha antecedents de salut familiar a destacar?

Relació afectivosocial

És comunicatiu/iva? Sí ☐ No ☐

És afectuós/osa? Sí ☐ No ☐

És tranquil/ila? Sí ☐ No ☐

És impulsiu/iva? Sí ☐ No ☐

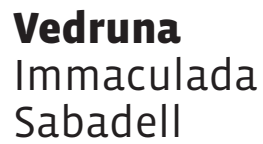
Té interès per coses noves? Sí ☐ No ☐

Accepta els avisos? Sí ☐ No ☐

Escolarització

Què espereu de l'escolarització del nen o nena al centre?

Escriuiu, si us plau, amb paraules vostres, com veieu el vostre fill/a:



Pàgina: 4/4

[illegible]