

 **ENTREVISTA INICIAL**

**SALA DE 4 AÑOS “A y B”**

*Te pedimos que por favor familia, la presente entrevista la traigas impresa y con los datos incorporados al momento de encuentro con las docentes, en el mes de febrero. Muchas gracias*

* **Datos**

Esta entrevista pertenece a:…………………………………………………………………

Fecha de Nacimiento:……………………………Lugar:……………………………....

Edad:…………………………………………………………………………………….................

Dirección (1) :………………………………………………………………………………………..

Dirección (2):………………………………………………………………………………………..

Responsable a cargo:……………………………………………….……..Edad:………….

Profesión o actividad laboral:………………..………………………………………………

Teléfono celular:……………………………………………………………………………………..

Responsable a cargo:……………………………………….Edad:……………………………

Profesión o actividad laboral :……………………………………………………………….

Teléfono celular:…………………………………………………………………………………….

TELÉFONO PARA AVISOS URGENTES:………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

Personas con las que convive el niño/a:………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

Hermanos:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  Edad |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* **Salud**

¿Necesita atención especial en cuanto a su salud?…………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Asistió o asiste a algún tratamiento terapéutico (motriz, lenguaje, etc)?

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Posee estudios de audición y de visión? Mencione en qué fecha se realizó el control.

………………………………………………………………………………………………………………..

* **Historia**

En cuanto a su gestación y nacimiento, información importante que desee transmitirnos:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

¿Qué información posee su hija o hijo al respecto?

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

¿Ha concurrido a algún Jardín Maternal?, ¿Cuál?, ¿Desde qué edad?, ¿Durante cuánto tiempo?............................................................

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………..………………………………………………………………......

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Cómo considera usted que fue su experiencia durante el jardín maternal? (en caso de que haya asistido)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* **Características:**

¿A qué edad comenzó hablar?

………………………………………………………………………………………………………………..

Actualmente, ¿Cómo usted considera que es su pronunciación y comunicación?

………..……………………………………………………………………………………………………....................................................................................................

¿Juega? ¿Cuáles son sus juegos/juguetes de preferencia?

………..……………………………………………………………………………………………………....................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

¿Se vincula con otros niños/as? ¿A través de qué actividades? ¿Con qué frecuencia?

………..……………………………………………………………………………………………………....................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

¿Tiene acceso a pantallas?, ¿Qué dispositivos usa?, ¿Cuánto tiempo por día?

…………...…………………………………………………………………………………………………

…………...…………………………………………………………………………………………………

¿Tiene contacto literario? ¿Posee cuentos, libros, revistas, etc?

…………………………………………………………….……………………………………………..….

…………………………………………………………….……………………………………………..….

* **Emocionalidad:**

¿Ante qué situaciones manifiesta miedo?

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Cuándo expresa su tristeza?

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Cómo reacciona ante situaciones de enojo?

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Qué cosas le generan alegría?

……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

¿Quién y de qué manera le pone límites? ¿Cómo reacciona ante ellos?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¿Cómo se reconocen sus logros?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

En breves palabras… Existe algún vínculo destacado con alguna persona de su entorno familiar:………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….……

* **Autonomía**

¿Usa mamadera?…………………………………………………………………………………….

¿Usa chupete?…………………………………………………………………………………………

¿Come solo?……………………………………………………………………………………………

¿Duerme solo?............................................................................

¿Usa pañales?.............................................................................

¿Se viste solo?............................................................................

¿Va solo al baño?…………………………………………………………………………………...

¿Se higieniza solo (manos, dientes, lavado corporal, etc)?………………..

……………………………………………………………………………………………………………….

* **¿Cómo definiría a su hijo/a?**

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

Firma Autorizado