



Avaliación Inicial
Educación Infantil

DATOS PERSOAIS

Alumno/a

Nome E Apelidos _____
Data De Nacemento _____ Lugar _____
Domicilio _____
Teléfono (Fixo Casa) _____
Irmáns: N° De Irmáns _____ Idades: _____ Lugar Que Ocupa _____

Pai

Nome E Apelidos _____
Profesión _____
Estudos: Básicos-Medios-Superiores
Idioma Habitual: Castelán / Galego
Teléfono Móvil _____
Email: _____

Nai

Nome E Apelidos _____
Profesión _____
Estudos: Básicos-Medios-Superiores
Idioma Habitual: Castelán / Galego
Teléfono Móvil _____
Email: _____

HÁBITOS

Alimentación

Toma Unha Alimentación Variada _____
Come só/a? ___ Usa Algún Cuberto ___ ¿Cal? _____
Permanece Sentado/A Mentras Come? _____
Adoita ver a tele,tablet mentras come? _____
¿Usa Chupete? _____ ¿Toma Biberón? _____
Presenta alguna intolerancia alimentaria? _____
Hai algún alimento que non ten permitido? _____

Sono

Cantas Horas durme? _____ Durme Sesta? _____ Canto tempo? _____
Durme Só _____ Acompañado _____ ¿Con Quen? _____
Durme Na Súa Habitación? _____
Acostuma a espertar pola noite? _____
Utiliza Chupete Para Durmir _____

Autonomía

Ten autonomía no aseo? _____
Colabora no propio aseo e vestido? _____
Ten que ser vestido/a? _____
Cálzase só/a _____
Controla esfínteres diurno? _____ dende cando? _____
Controla esfínteres nocturno? _____ dende cando? _____
Pide para ir ao baño? _____ Vai só/soa? _____

Vida relacional

Con Quén convive? _____
Quen o Coida Habitualmente? _____
Con quen xoga na casa? _____
Xogos e xoguetes preferidos _____
Relaciónase Con Outros Nenos _____
Acode Ao Parque Ou A Lugares Onde Poida Relacionarse Con Outros Nenos E Nenas? _____
Como son as relación no xogo con outros nenos e nenas? Boas relaciónase ben
fai rápido amigos participa non se relaciona non participa ten vergonza
quere marchar pronto
Gústalle Xogar Con Nenos _____ ¿A Que? _____

SAÚDE

Enfermidade importante _____
Intervencións cirúrxicas _____
Accidente importante? _____
Segue algún tratamento? _____ Cal? _____
Ten algunha alerxia? _____ A que _____
Enferma con frecuencia _____
Ten algún informe médico _____ Precisa medicación? _____
Dificultade: Auditiva Visual Motora

NIVEL MADURATIVO

Linguaxe

Lingua habitual: Galego Castelán Outra _____
Cando Comezou A Falar: 9-15 meses, 15-20 meses, máis de 20 meses
Pronuncia : correctamente case correctamente con dificultade
Enténdese Cando Fala _____ Exprésase Utilizando Frases completas _____
É Preciso/a Nas Súas Explicacións _____ Non fala, sinala obxectos ou lugares
É comunicativo/a _____
Participa, intervéñ nas conversas da vida diaria: si case sempre casi nunca
Comprende e executa ordes sinxelas : si sempre solo a veces nunca
Escoita, atende, mira cando se lle fala? Si sempre sólo ás veces non, nunca

Motricidade

Gateou? _____ A Que Idade? _____
A Qué Idade Comezou A Andar _____
Ten dificultades en desprazamentos: gateo, subir escaleiras, saltar, correr.
Man que adoita utilizar : dereita esquerda

Temperamento

Cando ten algún conflito como o resolve? _____

Como o/a corríxen vostedes? _____

Ten Normas Na Casa _____ Adoita Cumpli-Las Normas _____

Adoita Ter Perrenchas _____

Indique algún trazo do carácter do seu fillo/a:

Inquedo/Tranquilo

Agresivo/a

Atento-Distraído

Tímido, retraído/atrevido, valente

Lento no traballo/rápido en facer as cousas

Traballador, constante/ pouco traballador, vago

Ordenado/desordenado.

Tranquilo-Nervioso/a

Cariñoso/pouco afectuoso

Require moita atención dos pais? _____

Entretense só/a _____

Xoga só/a de vez en cando no seu cuarto? _____

É caprichoso/a? _____

Deixase convencer con facilidade? _____

ESCOLARIZACIÓN

Estivo Escolarizado Na Gardería _____ Dende que idade? _____
Adaptouse Ben _____ Á contento/a? _____
Semella contento/a de vir á Escola? _____
Cre Que Terá Problemas Para Adaptarse Ao Novo Curso _____

Hai Algo Que Lle Preocupa Do Neno/A _____ Pode Explicalo A Continuación:

Donramiro, Xuño de 2020