

ENTREVISTA INICIO DE CURSO

DATOS FAMILIARES	
NOMBRE FAMILIAR	
TELÉFONO	
E-MAIL	
OCUPACIÓN	
NOMBRE FAMILIAR	
TELÉFONO	
E-MAIL	
OCUPACIÓN	
DIRECCIÓN:	
OTROS TELÉFONOS:	

DATOS ALUMNO/A	
NOMBRE	
FECHA NACIMIENTO	
HERMANOS/AS	
MEDICACIÓN	
ALERGIAS	
SUEÑO	
ESTADO DE SALUD	

DESARROLLO EVOLUTIVO Y COGNITIVO

**CARÁCTER Y
PERSONALIDAD**

**OCIO, JUEGO Y TIEMPO
LIBRE**

GRADO DE AUTONOMÍA

CONTROL ESFÍNTERES

**TERAPIAS Y AGENTES
EXTERNOS**

**USO DEL LENGUAJE Y LA
COMUNICACIÓN**

**CONDUCTA Y
HABILIDADES SOCIALES**

CONDUCTA DE FUGA

CONCIENCIA DEL PELIGRO	
INTERESES Y FORTALEZAS	
FOBIAS	
PREOCUPACIONES FAMILIA	
OBSERVACIONES	

FECHA Y HORA REUNIÓN	
-----------------------------	--

