



EBM CAN DRAGÒ
Institut d'Educació
Av Rio de Janeiro, 16
Tel. 93 4084238
08016 **Barcelona**
ebmcandrango@bcn.cat

ENTREVISTA INICIAL

NOM INFANT:

DATA DE NAIXEMENT:

NOM DEL TUTOR/A:

TELÈFON CONTACTE:

NOM DEL TUTOR/A:

TELÈFON CONTACTE:

TÉ GERMANS?

LLENGUATGE

Llengua o llengües de comunicació de l'infant amb els tutors/es?

Quan vol o necessita una cosa, la demana? Com?

Com s'explica (gestos, paraules, frases)?

AUTONOMIA I HABITS

LA SON

A quina hora dorm al migdia i quanta estona? I al vespre?

Com s'adorm ? (en braços, al llit, al pit, al cotxet)

Utilitza xumet o objectes per dormir?

ALIMENTACIÓ

Portareu llet materna? Pren biberó? Quan?

Quin tipus d'alimentació fa? (triturat, sencer, BLW)

Menja de tot? Hi ha algun aliment que no li agradi?

Com menja? (a la falda, a la trona, a taula)

Com beu aigua? (got , got adaptat, biberó)

CONTROL D'ESFÍNTERS

Porta bolquer?

Si no en porta, des de quan?

I per dormir?

DADES MÈDIQUES

Malalties: Ha tingut alguna malaltia? Té convulsions febrils?

Al·lèrgies (amb certificat mèdic):

Hospitalitzacions:

Medicació continuada (en cas afirmatiu, quina i perquè):

RELACIÓ

Com veieu el vostre fill/a? Quines coses li agrada fer, amb qui li agrada jugar,...

FAMILIARITZACIÓ

Durant els primers dies d'escola el vostre fill/a ha d' estar acompanyat per un tutor/a. En cas que no pugueu ser vosaltres, qui l'acompanyarà?