

# NIVEL INICIAL



## Entrevista Inicial

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Sala: \_\_\_\_\_

**Composición familiar:** (Familiares que conviven con el alumno/a)

---

---

---

---

---

**Hábitos:** (Alimentación, sueño, juegos)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Límites:** (Cuál es la reacción frente a los mismos: desde el punto de vista del niño y de los padres)

---

---

---

---



---

---

---