



| DADES PERSONALS                                 |                    |                     |
|-------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Cognoms                                         | Nom                | Com li dieu a casa? |
| Ha anat a l'escola bressol?                     | Quina?             |                     |
| A partir de quina edat?                         | Com es va adaptar? |                     |
| Si no ha anat a l'escola, qui se'n feia càrrec? |                    |                     |

| DADES FAMILIARS                                                                                     |      |                            |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------|-------------------|
| Nom                                                                                                 |      | Data de naixement          | Lloc de naixement |
| Llengua habitual                                                                                    |      |                            |                   |
| Professió                                                                                           |      | Lloc de treball            | Horari de treball |
| Nom                                                                                                 |      | Data de naixement          | Lloc de naixement |
| Llengua habitual                                                                                    |      |                            |                   |
| Professió                                                                                           |      | Lloc de treball            | Horari de treball |
| Germans                                                                                             |      |                            |                   |
| Nom                                                                                                 | Edat | Nom                        | Edat              |
| Nom                                                                                                 | Edat | Nom                        | Edat              |
| Llengua familiar                                                                                    |      |                            |                   |
| Altres persones que conviuen amb la família                                                         |      |                            |                   |
| Amb qui passa més temps?                                                                            |      | Amb qui passa menys temps? |                   |
| Fets significatius (canvis, pèrdues, separacions, accidents...) que puguin afectar el nen o la nena |      |                            |                   |

| NOMÉS PELS NO NASCUTS A CATALUNYA                           |                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Quants anys fa que viviu a Catalunya?                       |                       |
| Manteniu contactes amb el lloc d'origen? (viatges, visites) | Amb quina freqüència? |

| DADES EVOLUTIVES                         |                                                   |                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|
| Embaràs i part (malalties, problemes...) |                                                   |                       |
| Desenvolupament motor                    | Va gatejar?                                       |                       |
|                                          | Quan va començar a caminar?                       |                       |
|                                          | Cau sovint?                                       |                       |
|                                          | Té alguna dificultat motriu?                      |                       |
|                                          | Encara va amb cotxet?                             |                       |
|                                          | Quina mà fa servir habitualment?                  |                       |
| Llenguatge                               | Quan va començar a parlar?                        |                       |
|                                          | La família l'entén quan parla?                    |                       |
|                                          | La gent del carrer l'entén quan parla?            |                       |
|                                          | Pronuncia bé els sons?                            |                       |
|                                          | Fa algun tractament per problemes fonètics? Quin? |                       |
| Dades mèdiques                           | Antecedents familiars                             | Accidents             |
|                                          | Malalties                                         | Pèrdua de coneixement |
|                                          | Al·lèrgies                                        | Medicació             |
|                                          | Hospitalitzacions                                 | Altres                |
| Observacions:                            |                                                   |                       |

| ADQUISICIÓ D'HÀBITS |                                                 |                             |          |
|---------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|----------|
| Son                 | Quantes hores dorm al vespre?                   |                             |          |
|                     | Quanta estona dorm al migdia?                   |                             |          |
|                     | S'adorm sol/a?                                  |                             |          |
|                     | Dorm sol/a?                                     | Amb qui?                    | On dorm? |
|                     | Utilitza xumet?                                 | Usa altres objectes? Quins? |          |
| Alimentació         | Menja de tot?                                   | Què no menja?               |          |
|                     | Cal triturar-li el menjar?                      |                             |          |
|                     | Té dificultats?                                 | Quines?                     |          |
|                     | Al·lèrgies alimentàries?                        | Quines?                     |          |
|                     | Vòmits?                                         |                             |          |
|                     | Quina actitud adopteu respecte a l'alimentació? |                             |          |
| Control d'esfínters | Control d'esfínters diürn?                      |                             |          |
|                     | Control d'esfínters nocturn?                    |                             |          |
|                     | Porta bolquers de dia?                          |                             |          |
|                     | Porta bolquers de nit?                          |                             |          |
|                     | Quina actitud adopteu?                          |                             |          |
| Autonomia           | Col·labora a l'hora de vestir-se?               |                             |          |
|                     | Menja sol/a?                                    |                             |          |
|                     | Sap anar sol/a al lavabo?                       |                             |          |
|                     | Sap jugar sol/a?                                |                             |          |
|                     | Quina actitud adopteu?                          |                             |          |

| LLEURE                                     |                               |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
| A què li agrada jugar?                     |                               |
| Amb qui li agrada jugar?                   |                               |
| On acostuma a jugar?                       |                               |
| S'entreté mirant la televisió, vídeo, dvd? | Quanta estona aproximadament? |

| TRETS PERSONALS DEL NEN/A                                                         |                                    |                                         |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Quins trets penseu que defineixen més el vostre fill/a? (assenyaleu amb una creu) |                                    |                                         |                                         |
| <input type="checkbox"/> activitat                                                | <input type="checkbox"/> por       | <input type="checkbox"/> perfeccionisme | <input type="checkbox"/> esvalotament   |
| <input type="checkbox"/> passivitat                                               | <input type="checkbox"/> seguretat | <input type="checkbox"/> sensibilitat   | <input type="checkbox"/> angixa         |
| <input type="checkbox"/> agressivitat                                             | <input type="checkbox"/> mentides  | <input type="checkbox"/> tossuderia     | <input type="checkbox"/> autonomia      |
| <input type="checkbox"/> rebequeries                                              | <input type="checkbox"/> tristesa  | <input type="checkbox"/> despreocupació | <input type="checkbox"/> plors          |
| <input type="checkbox"/> irritabilitat                                            | <input type="checkbox"/> alegria   | <input type="checkbox"/> inhibició      | <input type="checkbox"/> tranquil·litat |
| <input type="checkbox"/> terrors nocturns                                         | <input type="checkbox"/> timidesa  | <input type="checkbox"/> col·laboració  | <input type="checkbox"/> nerviosisme    |
| <input type="checkbox"/> gelosia                                                  | <input type="checkbox"/> felicitat | <input type="checkbox"/> exigència      | <input type="checkbox"/> polidesa       |
| Observacions                                                                      |                                    |                                         |                                         |

| COM ÉS UN DIA HABITUAL PEL VOSTRE FILL/A? |
|-------------------------------------------|
|                                           |
| (podeu continuar al darrera)              |

| Aquest qüestionari l'ha respost... |                                  |                                   |                                 |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> el pare   | <input type="checkbox"/> la mare | <input type="checkbox"/> tots dos | <input type="checkbox"/> altres |

Data i signatures

Gràcies per la vostra col·laboració