

JARDIN DE INFANTES INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Estimado Padres/Tutores, por favor complete el siguiente cuestionario, esto nos ayudara a familiarisarnos y poder conocer mejor a su hijo/a: Para año escolar _____

1. Nombre del niño/a: _____ Sexo _____

2. Fecha de Nacimiento _____

3. Nombre del Padre/Tutor (Si el niño/a vive con Padre/Tutor): _____

circule la relación con el niño/a:

Madre/s Padre/s Padrastro Madrastra Guardián Custodia

4. Dirección: _____ Teléfono # _____

5. Padre/Tutor información laboral:

Nombre _____

6. Relación _____

Teléf. Del trabajo # _____

Empleado por (nombre & dirección): _____

7. Nombre _____

8. Relación _____

Telef. Del trabajo # _____

Empleado por (nombre & dirección): _____

9. Habla usted otro idioma a parte que ingles en casa?

Si _____ No _____ Si, Si, que idioma? _____

10. Si desea que su hijo sea llamado por su nombre de apodo en lugar de su nombre "formal", escriba el nombre aquí _____

11. Nombre y edades de hermanos: _____

12. Como es la rutina de su hijo/a a la hora de ir a dormir?

13. ¿Qué responsabilidades su hijo/a tiene en casa (vestirse por sí solo, acomodar sus juguetes, etc.)?

14. ¿Qué tipo de consecuencias e incentivos utiliza para reorientar el comportamiento de su hijo?

15. ¿Su hijo tiene alguna discapacidad diagnosticada que pueda afectar su aprendizaje (ejemplos: ADD, autismo u otro trastorno del espectro, discapacidad física, trastorno de procesamiento sensorial)?

16. ¿Hay otro niño/a que su hijo/a estudia mejor con él/ella o con otro niño/a que necesita estar distanciado, separado

17. ¿Ha tenido su hijo/a experiencia en un jardín para infantes/ escuela maternal? Sí _____ No _____

¿Si, si cuantas horas por día? _____ A qué edad él/ella comenzó _____

Nombre del Jardín de infantes o Escuela Maternal _____

Nombre de la maestra _____ Teléfono de la escuela # _____

18. Si su hijo/a no ha asistido anteriormente a un Jardín para infantes o escuela maternal, ¿ha asistido a una guardería? Sí _____ No _____

19. ¿Qué le gusta a su hijo/a hacer en casa? _____

En el jardín para infantes/Escuela maternal o Guardería? _____

20. ¿Cuál es el orden de nacimiento de su hijo/a en su familia? _____

21. ¿Qué es lo que más le gusta del desarrollo de su hijo/a? _____

22. ¿Qué es lo que más le preocupa del desarrollo de su hijo/a? _____

23. Como se siente su hijo/a en venir al jardín para infantes/escuela maternal?

Apreensivo? _____ No seguro? _____ Excitado? _____

Comentario(s) _____

24. Lado dominante

Izquierda _____ Derecha _____ Ambos _____

25. ¿Cuáles son vuestras expectativas en el jardín de infantes? _____
