

NOMBRE DEL NIÑO _____

_____ APELLIDO

DEL NIÑO nombre preferido _____

PADRE / TUTOR NOMBRE _____

MADRE / TUTOR NOMBRE _____

DIRECCIÓN

_____ CALLE CIUDAD CÓDIGO
POSTAL

TELÉFONO _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ EDAD
____ / _____ MDY AÑOS MESES

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

1. ¿Funciona el padre / tutor? SI NO En caso afirmativo: Tiempo Completo Tiempo Parcial

2. ¿Funciona la madre / tutor? SI NO En caso afirmativo: Tiempo completo Parte

3. Por favor marque la frase que mejor describe su preferencia guardería para su hijo.

Kinder día

diario alternativo

4. Su hijo ha tenido ninguna experiencia preescolar? SÍ NO En caso afirmativo, por favor proporcione la siguiente:

PREESCOLAR

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIA

FECHAS ASISTIDO

5. ¿Le clasificar a su hijo como un líder? SI NO seguidor? SI NO

6. ¿Cómo clasificaría su hijo como un mezclador? SI NO solitario? SI NO

7. ¿Cómo clasificaría a su hijo como saliente? SI NO Shy? SI NO

8. ¿Cómo interactúa su hijo con otros niños?

revisada 12/07/11
atrás)

(Continúa en la parte de

9. ¿Su hijo tiene ningún miedos específicos? SI NO En caso afirmativo, describa _____

10. ¿Tiene requiere su hijo un tiempo de descanso en la tarde? SI NO En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?

11. ¿Es su hijo por completo el inodoro? Sí No Si no, por favor describe qué tipo de asistencia que él / ella tendrá que funcionar en la escuela:

12. ¿Qué tipo de disciplina funciona mejor con su hijo?

13. ¿Su hijo habla un idioma distinto del Inglés en el hogar? SI NO En caso afirmativo, describa:

14. Por favor escriba el interés especial de su hijo (s).

15. Por favor anote cualquier información médica (por ejemplo, problemas de visión, problemas de audición, alergias, diabetes, hemorragias nasales, etc.) que les gustaría hacernos conscientes.

16. ¿Es su hijo: Derecho zurdos Handed Ambos

17. ¿Sabe su niño de su / su dirección? SI NO Número de teléfono? SI NO

18. ¿Puede su hijo / atarse los zapatos? SI NO postal? SI NO Botón? SI NO

19. ¿Puede su hijo manipular las tijeras? SI NO crayones? SI NO pegamento? SI NO

20. ¿Puede su hijo hop? SI NO Saltar? SI NO Jump? SI NO

21. En el siguiente espacio, por favor añada cualquier información adicional que usted considere que puede ayudar a la maestra de preescolar en ayudar a su hijouna experiencia exitosa jardín de infancia.