

HOJA DE DATOS PARA ALUMNOS DE TRANSICIÓN AL JARDÍN DE INFANTES AÑO LECTIVO 2016-2017

Estimados padres y/o tutores,

Por favor completen el siguiente cuestionario para ayudarnos a conocer mejor a su hijo o hija:

Fecha: _____ Teléfono de la casa: _____

1. Nombre del niño/a: _____ Masc. Fem. Fecha de nac. _____

2. Nombre(s) del padre, madre, tutor y/o encargado (que viva(n) con el niño/a): _____

Marcar la relación: Madre/s Padre/s Padraastro Madrastra Tutor Encargado

3. Dirección: _____ Teléfono _____

4. Nombre(s) del padre, madre, tutor y/o encargado (que NO viva(n) con el niño/a): _____

Marcar la relación: Madre/s Padre/s Padraastro Madrastra Tutor Encargado

5. Dirección: _____ Teléfono _____

6. Información del trabajo del padre, madre o tutor:

Nombre _____

Parentesco o relación _____ Teléfono del trabajo _____

Empleado por (nombre y dirección): _____

Nombre _____

Parentesco o relación _____ Teléfono del trabajo _____

Empleado por (nombre y dirección): _____

7. ¿Habla Ud. otro idioma que no sea inglés en su casa?

Sí ____ No ____ Si respondió que sí, ¿cuál idioma? _____

8. Si desea que se llame a su hijo/a con otro nombre o sobrenombre en lugar de su nombre de pila "formal", por favor escríbalo aquí _____

9. Nombres y edades de los hermanos y/o hermanas: _____

(SIGUE EN EL REVERSO →)

Experiencia preescolar

10. ¿Ha asistido su hijo/a al preescolar? Sí _____ No _____

Si contestó que sí, ¿cuántas horas por día? _____ ¿A qué edad empezó? _____

Nombre del preescolar _____

Nombre del docente _____ Teléfono de la escuela _____

11. ¿Ha asistido su hijo/a a una guardería? Sí _____ No _____

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

¿Y en el preescolar? _____

13. ¿Cuál es la posición de su hijo/a por orden de nacimiento (primero, segundo, etc.)? _____

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

15. ¿Qué es lo que más le preocupa a Ud. sobre el desarrollo de su hijo/a? _____

16. ¿Cómo se siente su hijo/a con respecto al ingreso en la transición al jardín de infantes?

¿Atemorizado/a? _____ ¿No está seguro/a? _____ ¿Contento/a? _____

Comentarios _____

17. **Uso dominante de la mano**

Izquierda (zurdo/a) _____ Derecha (diestro/a) _____ Ambidiestro/a _____

18. ¿Cuáles son sus expectativas para la experiencia de su hijo/a en la transición al jardín de infantes (nombre todas las que desee)?

Formulario completado por _____

Nombre

Parentesco o relación con el niño/a _____

Firma _____