

JARDIN DE INFANTES INFORMACION DEL ESTUDIANTE 2017-2018

Estimado Padres/Tutores,

Por favor complete el siguiente cuestionario, esto nos ayudara a familiarisarnos y poder conocer mejor a su hijo/a:

Día: _____ Teléfono particular: _____

1. Nombre del niño/a: _____ Sexo _____

2. Fecha de Nacimiento _____

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

comprobar 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?
 Aprensivo? _____ No seguro? _____ Excitado? _____
 Comentario(s)
24. Lado dominante
 Izquierda _____ Derecha _____ Ambos _____
25. ¿Cuáles son vuestras expectativas en el jardín de infantes?