



# TRANSITIONAL KINDERGARTEN QUESTIONNAIRE

Student Name \_\_\_\_\_

Male

Female

Please check if any of the following pertains to your child.

Preschool experience \_\_\_\_\_ years

Where? \_\_\_\_\_

- Shows leadership qualities
- Shares well
- Works independently
- Cooperative
- Dresses self
- Takes direction well
- Helpful at home
- Has chores at home
- Responds well to praise
- Is toilet trained
- Fear of making mistakes
- Overactive
- Lethargic

- Vision problems
- Hearing problems
- Speech problems
- Expresses Needs
- Bedwetting
- Fear of the dark

Other Fears: \_\_\_\_\_

Other health problems: \_\_\_\_\_

On medication?  Yes  No

Lives with both parents?  Yes  No

English learner?  Yes  No

1. Check the activities your child has experienced:

- Paints
- Crayons
- Scissors
- Playdough

2. Does your child have any allergies? \_\_\_\_\_

3. Is your child Right Handed or Left Handed? \_\_\_\_\_

4. Please check the skills that your child can do:

- Button
- Tie shoes
- Snap
- Zip
- Lace shoes
- Fasten

5. Is your child able to print his/her first name?  Yes  No

6. Can your child sit still and listen to a story for ten minutes?  Yes  No

7. Does your child listen without interrupting while someone else talks?  Yes  No

8. Can your child take care of his/her own toilet needs?  Yes  No

9. Is your child able to share and take turns?  Yes  No

10. Check the characteristics that apply to your child:

- Cheerful
- Easily Angered
- Helpful
- Sleeping Problems
- Cries Easily
- Eating Problems
- Independent
- Tantrums
- Daydreams
- Fearful in New Situations
- Jealous
- Shares
- Destructive
- Patient
- Sulks

# CUESTIONARIO DE KÍNDER DE TRANSICIÓN

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer

Por favor marque cualquiera de las siguientes que pertenecen a su hijo.

Experiencia preescolar \_\_\_\_\_ (años) ¿Dónde? \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cualidades de ser lider         | <input type="checkbox"/> Problemas de visión                                    |
| <input type="checkbox"/> Comparte bien                   | <input type="checkbox"/> Problemas de audición                                  |
| <input type="checkbox"/> Trabaja independiente           | <input type="checkbox"/> Problemas del habla                                    |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo                     | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud                               |
| <input type="checkbox"/> Se viste a si mismo             | <input type="checkbox"/> Moja la cama   |
| <input type="checkbox"/> Toma direcciones bien           | <input type="checkbox"/> Tiene miedo a la oscuridad                             |
| <input type="checkbox"/> Ayuda en la casa                |   |
| <input type="checkbox"/> Tiene algunas tareas de la casa | Otros miedos: _____   |
| <input type="checkbox"/> Responde bien a la alabanza     |   |
| <input type="checkbox"/> Va al baño solo                 | Toma medicamento para: _____  |
| <input type="checkbox"/> Tiene miedo de cometer errores  |   |
| <input type="checkbox"/> Demasiado activo                | ¿Toma medicamentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     |
| <input type="checkbox"/> Letárgico                       | ¿Vive con ambos padres? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
|  | ¿Aprendido ingles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      |

1. Marque las actividades que su hijo ha experimentado:

- Pintura  Crayones  Tijeras  Plastilina

2. ¿Su niño tiene alguna alergia? \_\_\_\_\_

3. ¿Su niño escribe con la mano derecha o la mano izquierda? \_\_\_\_\_

4. Por favor marque las habilidades que su hijo puede hacer:

- Botones  Abrochar Zapatos  Broche de presión  Cierre  Atar los cordones  Abrochar

5. ¿Su hijo puede escribir su primer nombre?  Si  No

6. ¿Su hijo puede sentarse y escuchar una historia por diez minutos?  Si  No

7. ¿Su hijo escucha sin interrumpir cuando alguien más está hablando?  Si  No

8. ¿Su hijo puede ocuparse de sus necesidades en el baño solo?  Si  No

9. ¿Su hijo puede compartir y tomar turnos?  Si  No

10. Marque las características de su hijo:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Es alegre        | <input type="checkbox"/> Se enoja facilmente | <input type="checkbox"/> Es servicial     | <input type="checkbox"/> Problemas de dormir |
| <input type="checkbox"/> Lloro facilmente | <input type="checkbox"/> Problemas de comer  | <input type="checkbox"/> Es independiente | <input type="checkbox"/> Berrinches          |
| <input type="checkbox"/> Fantasea         | <input type="checkbox"/> Miedo a lo Nuevo    | <input type="checkbox"/> Es celoso        | <input type="checkbox"/> Comparte            |
| <input type="checkbox"/> Es destructivo   |  | <input type="checkbox"/> Es paciente      | <input type="checkbox"/> Mal humor           |