

彭塔基地区学区
学监办公室
22 MAIN STREET
WEST NEWBURY, MASSACHUSETTS 01985-1897
电话: (978) 363-2280 / 传真: (978) 363-1165

GROVELAND
MERRIMAC
WEST NEWBURY

Justin Bartholomew, 教育学博士
学监

Brent Conway
助理学监

Greg A. Labrecque
业务经理

Michael A. Jarvis, 教育学博士
补充和强化服务部主任

儿童发育史

请尽可能完整地回答所有问题, 以帮助我们更好地了解您的孩子, 从而使我们能够最好地满足他们在学前班和/或幼儿园的需求。
提前感谢。

日期:

填表人的姓名:

关系:

1- 孩子全名:

出生日期:

地址:

电话:

出生地

在家讲的语言:

是否领养? 是 否 如是, 请给出日期:

孩子知道吗? 是 否 是

孩子是否是领养的? 是 否 如是, 请给出日期:

孩子知道吗? 是 否 是

2- 母亲姓名:

职业:

工作地点:

电话:

3- 父亲姓名:

职业:

工作地点:

电话:

4- 家长情况: 已婚 离婚 分居 丧夫 再婚

与孩子住在一起 父母双方 仅母亲 仅父亲
的人:

其他:

5- 孩子的家庭包括 (请列出所有的家庭成员):

名字

年龄

与孩子的关系

在下一页继续

儿童发育史

6- 孩子出生是: 足月 早产
有并发症吗? _____

是否有专家对孩子的孩子进行过评估, 比如心理学家、教育家或者医生? 是 否

如果有, 在何时何地:

测试结果:

您的孩子是否参加过为有特殊需要的儿童提供的项目? 是 否

7- 发育里程碑 (请注明年龄和任何特殊事项):

a- 无需帮助就能坐:

b- 独自行走:

c- 会使用单个单词:

d- 会使用完整句子:

e- 会自己上厕所 日间:

夜间:

所:

f- 其他信息:

8- 健康史 (请选择所有与您孩子有关的方面, 如有需要可加备注):

a- 常常感冒:

b- 产伤:

c- 尿床:

d- 经常头痛:

e- 听力问题 (包括耳部感染):

f- 视力问题 (包括戴眼镜或隐形眼镜):

g- 过敏 (哮喘、湿疹等):

h- 食欲不振:

i- 体力限制:

j- 服用药物:

原因:

k- 任何重大疾病、手术或住院经历:

l- 您的家族存在可能影响孩子正常发育的病史吗? (请解释):

在下一页继续

当前状况

9- 请勾选您的孩子已掌握的运动技能:

- 跑 跳 单脚站立平衡 单脚跳 爬楼梯 骑三轮车/自行车
- 掷球 接球 使用蜡笔/铅笔 使用剪刀 写名字
- 使用叉子/勺子 自己穿衣 扣扣子 拉拉链 孩子已经学会了:
孩子已经学会了: 右利手 左利手

请勾选您的孩子已经获得的语言/认知技能:

- 知道生日 知道电话号码 认识形状 知道颜色
- 唱歌/说出字母表 数到 10 搭积木 听故事
- 听从指令 指出书里的图片

请回答以下有关您孩子行为发展的问题:

a- 详细描述您的孩子在与同伴在一起时的行为 (害羞、茫然、自信、热情、依赖、跟随者、领导者等):

b- 您的孩子有什么特殊兴趣?

c- 您的孩子喜欢玩什么游戏?

10- 您的孩子在没有成人干预的情况下, 能和别人玩多长时间:

11- 您的孩子喜欢什么年龄段的玩伴 (年纪更小的、年长的、同龄的):

12- 您的孩子会耍脾气吗? 是 否 如是, 请说明情形:

13- 您的孩子每天花多长时间看电视或玩电子设备?

14- 您的孩子是否表现出想象力: 讲故事? 是 否 绘画? 是 否
 建造和制作东西? 是 否 其他:

15- 您的孩子会展现出好奇心吗?

在下一页继续

16- 您的孩子是否以任何特殊的方式来表达其感受？您怎么知道他/她什么时候生气、难过等？

17- 您如何让您的孩子配合您？有何可行办法？

18- 在您的孩子的生活中，有没有什么重要经历是学校应当了解的（搬家、疾病、死亡、恐惧等）：

19- 请列出孩子去过的托儿机构及/或幼儿园的名称及地址：

20- 我在此授权彭塔基地区学区从以下机构获取信息和记录：

本记录披露自签字之日起一年后失效

家长/监护人签名

日期