

INFORMACION SOBRE EL ESTUDIANTE PARA KINDER

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

1. Por favor marquen los cuadros que correspondan a su hijo/a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Usa creyolas para colorear con líneas simples | <input type="checkbox"/> Usa tijeras para recortar papel |
| <input type="checkbox"/> Puede escribir su nombre en forma legible | <input type="checkbox"/> Puede escribir su apellido en forma legible |
| <input type="checkbox"/> Sigue instrucciones verbales de dos pasos | <input type="checkbox"/> Puede amarrarse sus zapatos |

2. Reconoce los siguientes colores:

- Rojo Anaranjado Amarillo Verde Azul Violeta

3. Reconoce las siguientes formas:



4. Puede contar de: 1-10 1-20 1-30 1-40 1-50

5. ¿Cuántos minutos le leen a su hijo/a cada día? _____

6. ¿Cuántos minutos mira su hijo/a televisión cada día? _____

7. ¿Puede su hijo/a recitar el abecedario en inglés? Si o No

8. ¿Puede su hijo/a escribir el abecedario en inglés? Si o No

9. ¿Cuándo presta más atención su hijo/a? En la mañana En la tarde

10. ¿Es su hijo/a zurdo/a o diestro/a? Izquierdo o Derecha

11. ¿Ha asistido su hijo/a a pre-escolar? Si No

12. Si la respuesta es si, ¿Cuántas horas?: _____ y días por semana _____

13. ¿Que escuela pre-escolar atendió su hijo/a? _____