

Queremos conocer a su hijo(a)

Por favor llene este formulario y entréguelo a la maestra antes de irse hoy.

Nombres de los padres: _____ y _____

Nombre y fecha de nacimiento del niño: _____

Nombres y edades de los hermanos(as): _____

En el año antes de Kindergarten, ¿pasó su hijo/hija por lo general 5 o más horas a la semana en un **preescolar** o **aula preescolar** (tal como en una escuela, en Head Start, o centro de cuidado de niños) Si No No sé

¿Ha asistido su hijo(a) al Head Start? Si o No Nombre _____

¿Ha estado su hijo(a) en la escuela preescolar? Si o No

¿Asiste su hijo(a) a algún jardín infantil/guardería? Si o No
En casa _____ En un Centro _____

¿Irá al jardín infantil antes o después de la escuela? Si o No

¿Sabe el nombre del jardín infantil/guardería al que el niño asistirá? _____

¿Cuáles son las 3 cosas principales que usted desea que la maestra sepa acerca de su hijo(a)?

1) _____

2) _____

3) _____

Por favor haga un círculo en el número que mejor refleje la habilidad de su hijo(a)
(1 no es independiente, 2 mínimamente independiente, 3 algo independiente, 4 independiente)

Nivel de atención/Habilidad de enfocarse 1 2 3 4

Reconocimiento del A B C 1 2 3 4

Habilidades de ayudarse a si mismo 1 2 3 4
(Quitarse el abrigo, amarrarse los zapatos, ir al baño, etc.)

Habilidades Sociales (Juega con otros cooperativamente) 1 2 3 4

Habla Inglés 1 2 3 4

Sigue direcciones dadas 1 2 3 4

Por favor haga una lista o haga un comentario acerca de su hijo(a) o de alguna experiencia en el kindergarten.

¿Ha recibido su hijo(a) servicios especiales? (haga un círculo) Si No
(Por ejemplo intervención temprana en el Head Start, comunicación, servicios médicos, consejería etc.) Dé una pequeña explicación.

¡Ahora un poco de información acerca de usted!

¿Puede ser voluntario(a) de la clase? (Haga un círculo) Si No

¿Cómo desea comunicarse con el maestro? (Haga un círculo)

Email _____ Teléfono _____

Notas Otro _____

Por favor liste las actividades que le gusta hacer con su hijo _____
