

ONTARIO-MONTCLAIR SCHOOL DISTRICT

TK & Kindergarten Enrollment Questionnaire

We want to support your child's success. Please answer these short questions to help us get to know their needs better.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

Health

1. Does your child have any medical diagnosis or take daily medication?

No

Yes

If yes, please explain: _____

2. Does your child use diapers or pull-ups during the day?

No

Yes

3. Can your child use the restroom independently, including the ability to:

Dress and undress

Stay dry during the day

None of the above

Academics

4. Has your child had a learning plan (like an IEP/IFSP/504) or received help from a specialist (e.g., speech counseling, occupational therapy, or Regional Center)?

No

Yes

If yes, please explain: _____

5. Has your child attended preschool, daycare, or other programs before starting school?

No

Yes

If yes, where? _____

Socialization

6. Does your child enjoy group activities, like playing games or working with others?

No

Yes

7. Are there behaviors that might make learning or socializing difficult (e.g., hiding/running away, tantrums)?

No

Yes

If yes, please explain: _____

Is there anything else you'd like us to know about your child to help us support them?

DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR

Cuestionario de inscripción para estudiantes de kínder de transición (TK) y kínder

Deseamos apoyar el éxito de su hijo(a). Le agradeceríamos que respondiera este breve cuestionario para que nos ayude a comprender mejor sus necesidades.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado de salud

- ¿Ha sido su hijo(a) diagnosticado(a) con alguna enfermedad o condición, o toma medicamentos todos los días?
 No
 Sí
Si respondió que sí, por favor explique: _____
- ¿Usa su hijo(a) pañales regulares o entrenadores durante el día?
 No
 Sí
- ¿Es capaz su hijo(a) de usar el baño de manera independiente, o puede hacer lo siguiente?:
 Vestirse y desvestirse
 No se moja durante el día (control de la vejiga)
 Ninguna de las opciones anteriores

Rendimiento académico

- ¿Ha estado su hijo(a) sujeto a un plan de aprendizaje (como un plan IEP, IFSP o 504) o ha recibido ayuda de un especialista (por ejemplo: terapia del habla, terapia ocupacional o de un Centro Regional)?
 No
 Sí
Si respondió que sí, por favor explique: _____
- ¿Ha asistido su hijo(a) a un programa de preescolar, una guardería u otros programas antes de comenzar las clases en la escuela?
 No
 Sí
Si respondió que sí, ¿dónde? _____

Interacción social

- ¿Disfruta su hijo(a) de las actividades grupales, como jugar o trabajar con los demás?
 No
 Sí
- ¿Manifiesta su hijo(a) comportamientos que pudieran dificultar su aprendizaje o el socializar con los demás (por ejemplo: esconderse, salir corriendo o hacer berrinches)?
 No
 Sí
Si respondió que sí, por favor explique: _____

¿Hay algún otro detalle que le gustaría mencionar sobre su hijo(a) que nos ayudaría a brindarle un mejor apoyo?
