

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

1. ¿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: _____
2. ¿Usa su hijo(a) pañales regulares o entrenadores durante el día?
☐ No
☐ Sí
3. ¿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

4. ¿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: _____
5. ¿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

6. ¿Disfruta su hijo(a) de las actividades grupales, como jugar o trabajar con los demás?
☐ No
☐ Sí
7. ¿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?
