

## TRANSICION JARDIN DE INFANTES INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Estimado Padres/Tutores, por favor complete el siguiente cuestionario, esto nos ayudara a familiarisarnos y poder conocer mejor a su hijo/a: Para año escolar \_\_\_\_\_

1. Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

2. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

3. Nombre del Padre/Tutor (Si el niño/a vive con Padre/Tutor): \_\_\_\_\_

circule la relación con el niño/a:

Madre/s Padre/s Padrastro Madrastra Guardián Custodia

4. Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

5. Padre/Tutor información laboral:

Nombre \_\_\_\_\_

6. Relación \_\_\_\_\_

Teléf. Del trabajo # \_\_\_\_\_

Empleado por (nombre & dirección): \_\_\_\_\_

7. Nombre \_\_\_\_\_

8. Relación \_\_\_\_\_

Teléf. Del trabajo # \_\_\_\_\_

Empleado por (nombre & dirección): \_\_\_\_\_

9. Habla usted otro idioma a parte que ingles en casa?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, Si, que idioma? \_\_\_\_\_

10. Si desea que su hijo sea llamado por su nombre de apodo en lugar de su nombre "formal", escriba el nombre aquí \_\_\_\_\_

11. Nombre y edades de hermanos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Como es la rutina de su hijo/a a la hora de ir a dormir?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ¿Qué responsabilidades su hijo/a tiene en casa (vestirse por sí solo, acomodar sus juguetes, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Qué tipo de consecuencias e incentivos utiliza para reorientar el comportamiento de su hijo?

---

---

15. ¿Su hijo tiene alguna discapacidad diagnosticada que pueda afectar su aprendizaje (ejemplos: ADD, autismo u otro trastorno del espectro, discapacidad física, trastorno de procesamiento sensorial)?

---

---

16. ¿Hay otro niño/a que su hijo/a estudia mejor con él/ella o con otro niño/a que necesita estar distanciado, separado

---

---

17. ¿Ha tenido su hijo/a experiencia en un jardín para infantes/ escuela maternal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Si, si cuantas horas por día? \_\_\_\_\_ A qué edad él/ella comenzó \_\_\_\_\_

Nombre del Jardín de infantes o Escuela Maternal \_\_\_\_\_

Nombre de la maestra \_\_\_\_\_ Teléfono de la escuela # \_\_\_\_\_

18. Si su hijo/a no ha asistido anteriormente a un Jardín para infantes o escuela maternal, ¿ha asistido a una guardería? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. ¿Qué le gusta a su hijo/a hacer en casa? \_\_\_\_\_

En el jardín para infantes/Escuela maternal o Guardería? \_\_\_\_\_

---

---

20. ¿Cuál es el orden de nacimiento de su hijo/a en su familia? \_\_\_\_\_

21. ¿Qué es lo que más le gusta del desarrollo de su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

---

22. ¿Qué es lo que más le preocupa del desarrollo de su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

---

23. Como se siente su hijo/a en venir al jardín para infantes/escuela maternal?

Apreensivo? \_\_\_\_\_ No seguro? \_\_\_\_\_ Excitado? \_\_\_\_\_

Comentario(s) \_\_\_\_\_

---

---

24. Lado dominante

Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_

25. ¿Cuáles son vuestras expectativas en el transición jardín de infantes?

---

---

---

---