

Kindergarten Questionnaire



Thank you for taking the time to complete this questionnaire. It will assist the kindergarten teachers in many ways as we begin the journey of your child's education. We are looking forward to meeting you and your child. We hope to be working together during your child's school years.

All questions are optional and to be answered only at your discretion. Thank you for your time and consideration.

Date _____

GENERAL INFORMATION

Child's Name _____ Name to be used at school _____

Male Female Birthdate _____
(month) (day) (year)

Parent Name (1) _____ Parent Name (2) _____

Guardian's Name (if applicable) _____

Current Marital Status of Child's Parents _____

<u>Other Children in Family</u>	<u>Date of Birth</u>	<u>School & Grade</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DEVELOPMENT

1. Does your child have any health problems of which the school should be aware? _____

2. Does your child have any food allergies? _____ To What? _____
3. Does your child take any medications? _____ Name of medication _____
How does it affect him/her? _____
4. Is your child right or left handed? _____
5. Does your child dress himself/herself? _____
6. Can your child take care of his/her own bathroom needs? _____
7. How does your child react in strange or new situations? _____
8. Does your child separate easily from a parent? _____
9. What kind of problems do you have most often with your child? _____

10. How does your child handle frustration? _____

11. How do you discipline your child? _____

12. Describe your child's personality: _____

SOCIAL EXPERIENCES

1. Check the places your child has visited:
- | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------|-----------------------|
| _____ Grocery Store | _____ Ocean | _____ Zoo | _____ Dairy |
| _____ City | _____ Mountains | _____ Farm | _____ Nature Preserve |
| _____ Airport | _____ County Fair | _____ Museums | |
2. Where has your child traveled? _____
3. Has your child attended Preschool/Daycare/play group? _____ For how long? _____
 Which one? _____
4. Does your child play mostly: _____ alone, _____ with siblings, _____ with same age children,
 _____ with boys, _____ with girls, _____ other _____
5. What activities does your child enjoy outdoors? _____

6. What activities does your child enjoy indoors? _____

7. How much screen time (tv/iPad/tablet/computer/smartphone) does your child have per day? _____
 Favorite programs (tv/electronic games)? _____
8. Does your child enjoy books? _____ Do you read to your child? _____ How often? _____
9. Is your child able to remember songs or rhymes? _____
10. Has your child had experiences with paints or crayons? _____
11. Are there any holidays you do not celebrate? _____

SCHOOL ADJUSTMENT

1. Is your child able to sit and listen to a story for 5-10 minutes? _____
2. Is your child able to listen without interrupting while someone else talks _____
3. Is your child able to share and take turns? _____
4. What do you expect your child to acquire through the Kindergarten experience? _____

5. What else would you like your child's teacher to know about him/her?

Cuestionario de Kindergarten



Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. Ayudará de muchas maneras a los maestros de Kindergarten ahora que emprendemos en el camino educativo de su hijo(a). Esperamos conocerles a ustedes y su hijo(a). Deseamos trabajar junto con ustedes durante los años escolares de su hijo(a).

Todas las preguntas son opcionales y pueden ser contestadas a su discreción. Gracias por su tiempo y consideración.

Fecha _____

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre (alumno) _____ Nombre que usará en la escuela _____

M F Fecha de Nacimiento _____
(mes) (día) (año)

Nombre principal (1) _____ Nombre principal (2) _____

Nombre de Tutor (si es aplicable) _____

Estado civil de los padres del alumno _____

Otros niños en la familia

DESARROLLO

1. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud que debe saber la escuela? _____

2. ¿Tiene alergia a alguna comida? _____ ¿Cuál? _____

3. ¿Toma alguna medicina? _____ Nombre de medicina _____
¿Cómo le afecta? _____

4. ¿Usa la mano derecha o izquierda? _____

5. ¿Sabe vestirse solo(a)? _____

6. ¿Puede usar el baño solo(a)? _____

7. ¿Cómo reacciona en situaciones nuevas o extrañas? _____

8. ¿Su hijo/a se separa fácilmente de su padre/madre? _____

9. ¿Qué clase de problemas tiene con más frecuencia con él(ella)? _____

10. ¿Cómo maneja su hijo(a) su frustración? _____

11. ¿Cómo disciplina a su hijo(a)? _____

12. Describa la personalidad de su hijo(a): _____

EXPERIENCIAS SOCIALES

1. Marcar los lugares que su hijo(a) ha visitado:

_____ Supermercado	_____ Mar	_____ Zoológico	_____ Granja Lechera
_____ Ciudad	_____ Montañas	_____ Museos	_____ Granja (Rancho)
_____ Arbolada Protegida	_____ Aeropuerto	_____ Feria del Condado	

2. ¿A donde ha viajado su hijo(a)? _____

3. ¿Ha asistido una Escuela de Párvulos o juega con algún grupo? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____ ¿Cuál? Nombre _____

4. Él(ella) suele jugar: _____ solo, _____ con hermanos(as), _____ con niños(as) de la misma edad, _____

_____ con niños, _____ con niñas, _____ otros _____

5. ¿Cuáles actividades goza él(ella) al aire libre? _____

6. ¿Cuáles actividades goza él(ella) adentro? _____

7. ¿Cuánto tiempo de pantalla (tv/iPad/tableta/computadora/Smartphone) tiene su hijo/a al día _____

¿Programas favoritos (juegos tv/electrónica)? _____

8. ¿Le gusta leer libros a su hijo(a)? _____ ¿Lee usted libros a su hijo(a)? _____ ¿Cuantas veces? _____

9. ¿Puede recordar su hijo(a) cantos o rimas? _____

10. ¿Ha usado su hijo(a) pinturas o creyones? _____

11. ¿Hay algunos días festivos que no celebran? _____

AJUSTE ESCOLAR

1. ¿Se puede quedar su hijo(a) sentado y escuchar un cuento/historia durante 5-10 minutos? _____

2. ¿Puede escuchar sin interrumpir mientras alguien está hablando? _____

3. ¿Sabe compartir y esperar su turno? _____

4. ¿Cual experiencia quiere usted que su hijo(a) adquiera en Kindergarten? _____

5. ¿Qué más desea usted que el maestro de su hijo(a) sepa de él(ella)? _____
