

# Transitional Kindergarten Questionnaire



Thank you for taking the time to complete this questionnaire. It will assist the 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 &amp; 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 Transicional



Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario. Ayudará de muchas maneras a los maestros 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)? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas 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)? \_\_\_\_\_

---