

KINDERGARTEN QUESTIONNAIRE

CHILD'S LEGAL NAME _____

NAME YOUR CHILD GOES BY _____

Age as of 10/1/2021: _____

Birth Date: _____

Gender: _____

Mom's Name: _____

Mom's Cell Phone: _____

Mom's Home Phone: _____

Mom's Work Phone: _____

Mom's Physical Address: _____

Mom's Mailing Address: _____

Mom's E-mail: _____

Dad's Name: _____

Dad's Cell Phone: _____

Dad's Home Phone: _____

Dad's Work Phone: _____

Dad's Physical Address: _____

Dad's Mailing Address: _____

Dad's E-mail: _____

Responses to the following questions will help to give us insight into areas of importance and a place to start when working with your child.

Has your child attended a toddler program? ____ If so, where _____

Has your child attended a Preschool program? ____ If so, where _____

What are your anticipations/expectations/concerns regarding your child's Kindergarten year? _____

Health Concerns or Allergies? _____

EL CUESTIONARIO PARA EL KINDER

NOMBRE DE NIÑO/A: _____

NOMBRE PREFERIDO DE SU HIJO/A: _____

Edad en el 1 de octubre del 2021: _____

Fecha de nacimiento: _____

Genero: _____

Nombre de madre: _____

Teléfono de madre: _____

Teléfono celular de la madre: _____

Teléfono de trabajo de madre: _____

Dirección de correo de madre: _____

Correo electrónico de madre: _____

Nombre de padre: _____

Teléfono de padre: _____

Teléfono celular del padre: _____

Teléfono de trabajo de padre: _____

Dirección de correo de padre: _____

Correo electrónico de padre: _____

Las respuestas de las preguntas siguientes nos darán unas ideas sobre lo que es importante a su hijo/a y tendremos mejor idea de como iniciar nuestro trabajo con su hijo/a.

Otras experiencias educativas antes de Kinder (por ejemplo, una escuela pre-escolar):

Su hijo/a asistió a algún programa preescolar? _____ Si fue así, a cuál asistió?

¿Qué esperan que consiga su hijo/a del año de Kinder? ¿Tienen esperanzas, preocupaciones? _____

¿Tiene preocupaciones de salud o alergias? _____
