

FORMULARIO PARA MATRICULACIÓN DE NIÑOS DE CUATRO AÑOS

La maestra(o) aprecia sus comentarios en este formulario. La información es confidencial.

Nombre Completo del niño(a) _____

Apodo _____ Sexo: Varón _____ Mujer _____

Fecha del nacimiento _____ Lugar del nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Código Postal _____

Numero de Teléfono de la casa/trabajo _____

Nombre del padre _____ Ocupación _____

Empleador del padre _____

Nombre de la madre _____ Ocupación _____

Empleador de la madre _____

Las personas nombradas debajo pueden dar permiso o instrucciones si la escuela no puede ponerse en contacto con los padres. Este permiso incluye permiso para consulto con un medico y/o tratamiento médica.

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Nombre _____ Teléfono _____ Parentesco _____

Factores de salud que aplican a su niño (a) (hágale un circulo a su contestación)
alergias - heridas - problemas de comer - convulsiones - experiencias en el hospital
- problemas con chuparse el dedo - problema de orinar durante el sueño -
problemas auditivos - problemas con la vista - problemas con expresión de palabras
- problemas de coordinación - otros problemas?

Tiene miedo de: (hágale un circulo a la contestación que aplique) animales,
tormentas, oscuridad, extraños/desconocidos, nuevas experiencias, estar solo o
otras cosas que tema.

Alguna experiencia previa en guardería, nacimiento a 3 años, u otra experiencia escolar:

Nombre del Programa: _____

Donde: _____

Servicios especiales recibidos: _____

En su opinión, hay algún tema en específico en el cual su niño(a) necesite ayuda?

Puede su niño(a) ir al baño/servicio por su cuenta? Si _____ No _____

Tiene su niño(a) "accidentes" en el baño? (hágale un círculo a la contestación que aplique) A Menudo Casi Nunca Nunca

Podría usted ayudar en el cuarto si es necesario? Si _____ No _____

Si hay algo más que usted sepa de su niño(a) que le ayude a la maestra(o) entender mejor a su niño(a), por favor comuníquese por medio de este formulario.

Muchísimas gracias por su cooperación!

¿Desea que su hijo(a) asista **todo el día o medio día a 4K**?

_____ Todo el día a 4K (lunes a jueves)

_____ Medio día a 4K (medio día solo se ofrecerá por la mañana de lunes a jueves)

* * * * *

Encuesta de Idioma - Escuela Primaria de Arcadia

¿Que idioma se habla con frecuencia en su hogar? _____

¿Que idioma se habla con frecuencia con sus amigos? _____

¿Cuántos años escolares ha asistido en su país natal? _____

¿Cuántos años escolares ha asistido en los estados unidos? _____

¿En que grado estaba en la última escuela que asistió? _____

¿Puede leer en español? Si / No

Su capacidad de escribir: Excelente Bueno Así así Bien limitado

¿Puede escribir en español? Si / No

Su capacidad de escribir: Excelente Bueno Así así Bien limitado

¿Cree que necesita ayuda en aprender el idioma de inglés? Si / No

¿Si necesita ayuda, en que áreas necesita más ayuda?

Leyendo

Escribiendo

Escuchando

Hablando

Comentarios: _____
