



Mukilteo
School District

Questionário para Jardim de Infância

Para Uso da Escola – Código da Escola:

Nome da Criança: _____
Nome Próprio *Sobrenome*

Nome à Usar na Escola (se for diferente): _____

Data de Aniversário da Criança (Mês/Dia/Ano): _____ Sexo M F

Língua Principal da Criança: Inglês Outra (Escreva a Língua): _____

Sua criança recebeu algum serviço especial de educação? (IEP/504 Plan?) Sim Não

Se o Inglês não é a língua principal da sua criança, qual é a aptidão linguística dele ou dela?

Não fala Inglês Fala um pouco de Inglês/Aptidão de Iniciante Fala Inglês/É Fluente

Pais/guardiões precisam de intérprete para as reuniões? Não Sim (língua): _____

Informação: Histórico e Experiências Sociais

1. Quantas crianças tem na sua família?

Nomes e Idades: _____

2. Nomes de adultos que vivem em sua casa e grau de parentesco com a sua criança (por exemplo, mãe, pai, avô, amigo)?

3. Alguma vez sua criança atendeu alguma creche no passado? Sim Não

4. Como sua criança estudante voltará da escola para casa neste ano lectivo?

Ônibus Escolar Carona de Pais Creche

Se sua criança for para a Creche depois da escola, liste o nome e número de telefone da pessoa ou da creche que irá cuidar da sua criança.

5. Sua criança atendeu jardim de infância, ECEAP ou Head Start? Sim Não

Mais perguntas do outro lado da página

(Se sim, quantidade de anos e nome da escola) _____

6. Alguma vez sua criança esteve em algum tipo de grupo que não seja creche ou jardim de infância?

Sim Não Descreva: _____

7. Qual é o comportamento social de sua criança (acanhada, líder, impulsiva, activa, outro)?

8. Que tipo de atividades sua criança gosta? _

Desenvolvimento e Experiência Pré-Acadêmica

1. Sua criança é dextra ou esquerdinha? _____

2. Por favor, marcar as ações que sua criança pode fazer:

Atar Sapatos Fechar Feicho Abotoar Estalar Pular Sabe Cores Escrever

Nome

3. Até quanto sua criança pode contar? _____

4. Sua criança conhece formas geométricas (ex.: círculo, quadrado, triângulo, retângulo)? _____

5. Sua criança já usou alguns desses objetos? (cheque a caixinha se sim):

Lápis Lápis de Cera Tesoura Cola Pintura Escolar

6. Quantos nomes de letras ele/ela conhece? Todos Muitos Alguns Nenhum

7. Quantos sons de letras ele/ela conhece? Todos Muitos Alguns Nenhum

8. Pode sua criança ler palavras ou frases? __

9. Alguma vez sua criança usou o computador? ____ Se sim, que tipo de atividades?

Ajustamento Escolar

1. A sua criança tem dificuldade de realizar alguma das seguintes ações?

Sentar quieta e escutar Estar longe dos pais Compartilhar e Revezar
 Controlar sua ira Se acalmar quando chateada Se ajustar a situações ou pessoas novas
 Lidar com barulhos, texturas ou outros problemas sensoriais Ir para o banheiro sozinha

2. Você tem algum pedido, ou informação à dar que nos ajudará a colocar a sua criança numa sala de aula "ideal" para ele ou ela? Houve algum divórcio, morte, doença na família, ou outra circunstância, que pode afetar a sua criança? Tem alguma coisa mais que você gostaria que a professora ou o professor de sua criança saiba?
