



Mukilteo School District

PROGRAMA DE PREESCOLAR

Compañeros de Comunidad

Nombre del niño(a): _____ Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Nombre de padres: _____ Domicilio: _____

Escuela de su vecindad: _____ Ciudad/código postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Entiendo que soy responsable del transporte para llevar y recoger de la escuela a mi estudiante. _____ (Iniciales)

Entiendo que la asistencia escolar de mi hijo/a debe satisfacer con los requisitos solicitados (vea adjunto el Acuerdo de Asistencia). _____ (Iniciales)

¿Tiene alguna preferencia de sesiones? AM (9:00 – 11:30 am) PM (12:55 – 3:25 pm) Cualquiera

[Por favor observe que no podemos garantizar que sus preferencias estén disponibles.]

Si tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo/a y le gustaría proceder con un referido para una evaluación de educación especial, por favor contacte a Rana Mahmassani al 425-356-1277.

¿Tiene su hijo/a experiencia previa en preescolar? Sí No

¿Puede su hijo/a seguir solo indicaciones sencillas de los adultos? Sí No Algunas veces

¿Puede su hijo/a sentarse y poner atención a un cuento/relato o actividad por 10 minutos? Sí No Algunas veces

¿Su hijo/a sabe ir solo al baño? Sí No ¿Le dice a un adulto si necesita ir al baño? Sí No

¿Su hijo/a juega con otros niños? Sí No Algunas veces

¿Cuáles considera usted que son las mayores fortalezas de su hijo/a?

¿Cómo reacciona su hijo/a cuando es momento de detener una actividad, cuándo se cambia de rutina, o cuándo se le dice que "no"?

Por favor describa cómo maneja su hijo/a la frustración.

¿Qué tipo de actividades motrices puede hacer su hijo/a (iluminar, cortar, usar plastilina, etc)?

¿Cómo se lleva su hijo/a con los demás niños?

¿Cuál es el idioma primario que se habla en el hogar? _____

¿Aproximadamente cuántas palabras usa su hijo/a típicamente en una oración? _____

¿Responde su hijo/a apropiadamente a las preguntas de si/no? Sí No A veces

¿Su hijo/a puede hablar oraciones claras? Sí No A veces

¿Tiene su hijo/a alergias y/o problemas de salud? No Sí-especifique _____

¿Su hijo/a puede usar por si solo el equipo del área de juegos (columpios, resbaladillas, juegos de escalar)? Sí No

Características de conducta y temperamento

Por favor encierre en un círculo las palabras que más describan a su hijo/a (también puede agregar sus propias palabras si así lo necesita)

Afectivo	Agresivo	Ansioso	Mandón	Confidente	Creativo	Llora fácilmente	Se frustra fácilmente
Fácil de tratar	Explosivo	Flexible	Amistoso	Alegre	Impulsivo	Inquisitivo	Nervioso
Paciente	Perfeccionista	Sensible	Tímido	Platicador	Considerado	Cohibido	Retraído

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Qué actividades disfruta su hijo/a dentro y fuera del hogar?

POR FAVOR REGRESE ESTE DOCUMENTO LLENO Y FIRMADO A RANA MAHMASSANI EN
mahmassanirx@mukilteo.wednet.edu