

VENTURA UNIFIED SCHOOL DISTRICT TRANSITIONAL KINDERGARTEN QUESTIONNAIRE

Student Name _____ **Male** **Female**
(Please check if any of the following pertains to your child)

Preschool Experience _____ Years
 Where? _____

Shows Leadership Qualities

Shares Well

Works Independently

Cooperative

Dresses Self

Takes Direction Well

Helpful at Home

Has Chores at Home

Responds Well to Praise

Is Toilet Trained

Fear of Making Mistakes

Overactive

Lethargic

Vision Problems

Hearing Problems

Speech Problems

Expresses Needs

Bedwetting

Fear of Dark

Other Fears

Other Health Problems

On Medication for

Lives with both parents? Yes No

English Learner Yes No

1. Check the activities your child has experienced:

 Paints Crayons Scissors Playdough

2. Does your child have any allergies? _____

3. Is your child Right Handed or Left Handed? _____

4. Please check the skills that your child can do:

 Button Tie Shoes Snap Zip Lace Shoes Fasten

5. Is your child able to print his/her first name? Yes No

6. Can your child sit still and listen to a story for ten minutes? Yes No

7. Does your child listen without interrupting while someone else talks? Yes No

8. Can your child take care of his/her own toilet needs? Yes No

9. Is your child able to share and take turns? Yes No

10. Check the characteristics that apply to your child:

Cheerful	Easily Angered	Helpful	Sleeping Problems
Cries Easily	Eating Problems	Independent	Tantrums
Daydreams	Fearful In New Situations	Jealous	Shares
Destructive		Patient	Sulks

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO VENTURA

CUESTIONARIO DE KÍNDER DE TRANSICIÓN

Nombre del estudiante _____

Hombre

Mujer

(Por favor marque cualquiera de las siguientes que pertenecen a su hijo)

Experiencia Preescolar (años) _____

¿Donde? _____

Cualidades de ser líder

Comparte bien

Trabaja independiente

Cooperativo

Se viste a si mismo

Toma direcciones bien

Ayuda en la casa

Tiene algunas tareas de la casa

Responde bien a la alabanza

Va al baño solo

Tiene miedo de cometer errores

Demasiado activo

Letárgico

Problemas de visión

Problemas de audición Problemas del habla

Otros Problemas de salud

Moja la cama

Tiene miedo a la oscuridad Otros miedos

Toma medicamento para

Expresa sus necesidades

¿Vive con ambos padres?

Sí

No Está

aprendiendo inglés

Sí

No Está

1. Marque las actividades que su hijo ha experimentado:

Pintura

Crayones

Tijeras

Plastilina

2. ¿Su niño tiene alguna alergia? _____

3. ¿Su niño escribe con la mano derecha o la mano izquierda?

4. Por favor marque las habilidades que su hijo puede hacer:

Botones

Abrochar Zapatos

Broche de presión

Cierre

Atar los cordones

Abrochar

5. ¿Su hijo puede escribir su primer nombre?

Sí

No

6. ¿Su hijo puede sentarse y escuchar una historia por diez minutos?

Sí

No

7. ¿Su hijo escucha sin interrumpir cuando alguien más está hablando?

Sí

No

8. ¿Su hijo puede ocuparse de sus necesidades en el baño solo?

Sí

No

9. ¿Su hijo puede compartir y tomar turnos?

Sí

No

Marque las características de su hijo:

Es alegre

Se enoja fácilmente

Es servicial

Problemas con dormir

Llora fácilmente

Problemas con comer

Es independiente

Berrinches

Fantasea

Miedo a lo nuevo

Es celoso

Comparte

Es destructivo

Es paciente

Mal humor