

# Kindergarten Round-Up

## TERMINE POR FAVOR AMBOS LADOS DE ESTA FORMA



FRISCO INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Nombre del(de la) niño(a): \_\_\_\_\_ Sexo del(de la) niño(a): \_\_\_M\_\_\_F  
 Fecha de nacimiento del(de la) niño(a): \_\_\_\_\_ Nombre de los padres: \_\_\_\_\_

Por favor llene completamente este formulario.  
 Sus respuestas nos ayudarán a colocar adecuadamente a su niño(a).

Mi niño(a) hace esto de manera independiente:	Sí	Aún no	Comentarios
Usa un zipper			
Se amarra los zapatos			
Se abotona			
Se viste			
Corta con tijeras			
Sujeta correctamente un crayón o lápiz			
Escucha una historia sin interrumpir			
Habla usando oraciones completas de hasta 5 ó 6 palabras			
Escribe su nombre			
Simula leer libros al ver los dibujos			
Simula, crea e inventa historias y las comparte verbalmente			
Vuelve a contar una historia			
Entiende conceptos posicionales tales como: arriba, abajo, dentro, fuera, debajo, delante, detrás			
Va al baño de manera independiente			
Sigue de 2 a 3 indicaciones verbales			
Pide ayuda cuando la necesita			
Identifica algunas letras del alfabeto			
Identifica los sonidos iniciales de algunas palabras			
Intenta escribir palabras inventando su propia ortografía			
Cuenta hasta 10			
Sabe su dirección			
Sabe su número de teléfono			
Sabe su cumpleaños			

Enumere cualquier medicamento que su niño(a) tome regularmente. \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) algún tipo de alergia? \_\_\_\_\_

Continúa atrás

¿Su niño(a) hace siestas con regularidad? \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) lee libros sin ayuda? \_\_\_\_\_

Si es así, dé un ejemplo del último texto que haya leído(título). \_\_\_\_\_

Experiencia escolar previa de su niño(a) – por favor marque todas las que apliquen:

Preschool (Jardín Infantil/Preescolar) \_\_\_\_\_

Nombre

Mother's Day Out (Día libre para mamá) \_\_\_\_\_

Nombre

Day Care (Guardería) \_\_\_\_\_

Nombre

¿Qué tipo de disciplina funciona mejor para su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué son algunas metas que quisiera que su niño(a) lograra en Kindergarten?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier área en la que su niño(a) sobresale académicamente y/o socialmente.

Académicamente: \_\_\_\_\_

Socialmente: \_\_\_\_\_

¿Qué inquietudes tiene con respecto a su niño(a) a medida que entra a Kindergarten? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud concerniente al habla de su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Cómo maneja su niño(a) situaciones nuevas? (¿Llora?, ¿Se retrae? ¿Se emociona en exceso? ¿Se adapta bien?)