

**Pre-Kindergarten & Kindergarten Program  
Student Information Form**



Child's Full Name: \_\_\_\_\_ Nickname: \_\_\_\_\_

Which hand does your child use?	Left Hand	Right Hand	Both Hands
Can your child print his/her name?	Yes	No	
Can your child count?	Yes	No	
Does your child recognize numbers?	Yes	No	
Does your child recognize the letters of the alphabet?	Yes	No	
Does your child recognize colors?	Yes	No	
Is your child difficult to control at home?	Yes	No	
Does your child have temper tantrums?	Yes	No	
Does your child speak English?	Yes	No	
Does your child understand English?	Yes	No	
Does your child have any specific fears? If yes, please list:			
Does your child have separation anxieties? If yes, please name:			
Is your child allergic to any food(s)? If yes, please name the food(s):			
Does your child have any other allergies or medical concerns? If yes, please name:			
Does your child have a history of any physical problems (visual, speech, hearing)? If yes, please name:			
Are there any other comments or concerns you want us to know about your child?			
Is your child coming from an Early Intervention Program?	Yes	No	
Name of facility: _____			

# Formulario de Información del Estudiante Programa Pre-Kindergarten & Kindergarten



Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Sobrenombre: \_\_\_\_\_

¿Qué mano utiliza el niño/a para escribir?	mano izquierda	mano derecha	las dos manos
¿Puede escribir su nombre el niño/a?	Sí	No	
¿Sabe contar el niño/a?	Sí	No	
¿Reconoce los números el niño/a?	Sí	No	
¿Reconoce las letras del alfabeto el niño/a?	Sí	No	
¿Reconoce los colores el niño/a?	Sí	No	
¿Es difícil de controlar al niño/a en casa?	Sí	No	
¿Le dan rabietas al niño/a?	Sí	No	
¿Habla inglés el niño/a?	Sí	No	
¿Entiende inglés el niño/a?	Sí	No	
¿Tiene temores su niño/a?	Sí (Liste, por favor)	No	
¿Se pone el niño/a inquieto cuando usted no está?	Sí (Liste, por favor)	No	
¿Es su niño/a alérgico/a a alguna comida?	Sí (Liste, por favor)	No	
¿Tiene su niño/a otras alergias o problemas médicos?	Sí (Liste, por favor)	No	
¿Tiene su niño/a un historial de problemas físicos (vista, del habla, para escuchar)?	Sí (Liste, por favor)	No	
Escriba algún comentario o cosas que usted quiere que nosotros sepamos acerca de su hijo/a:			
¿Su hijo(a) viene de un Programa de Intervención Temprana?	Sí	No	
Nombre de la Entidad: _____			