

## 2017-2018 ENCUESTA CONFIDENCIAL DE OBSERVACION POR PARTE DE LOS PADRES

La mayor forma para reunir información acerca de los niños es por parte de los padres. Las observaciones que usted ha hecho a medida que su hijo/a ha ido creciendo son muy valiosas para nosotros como proveedores del cuidado del niño/a, después de la escuela.

Por favor tome su tiempo para responder el siguiente cuestionario, de esta manera todos nosotros en el programa ASAP podremos brindarle lo mayor a su niño (a) de acuerdo a sus necesidades.

**Nota: Si su hijo tiene necesidades especiales o un IEP por favor concertar una conferencia con la Directora de ASAP antes de primer día de su hijo en cuanto antes.**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nickname \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela (encierre una): Indian Trail | Lincoln | Oak Terrace | Ravinia | Wayne Thomas | Sherwood

1. Por favor nombre todos los adultos y niños viviendo en la misma casa donde el niño vive:

**Primer Nombre y Apellido**

**Parentesco**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2. ¿Habla su niño o entiende un idioma diferente al Ingles? Si No

Si respondió Si, Cual otro idioma? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuales son las mayores cualidades en su niña/o?

4. ¿Que le interesa su niña/o hacer cuando esta fuera de la escuela y cuales son las actividades que hace regularmente (Ejemplo, lecciones de piano, hockey, Soccer, etc.)?  
¿Que le gusta hacer cuando tiene tiempo libre?

5. ¿Como su niño/a interactúa con otros niños?

6. ¿Es importante que su hijo hacer la tarea durante el programa ASAP?

Por favor voltee la hoja para completar la información de la encuesta de observación ↪

**7. ¿Disfruta su niño/a hacienda la tarea? ¿ Cree usted que su niña/o aprenda mejor viendo (enseñanza visual), escuchando (Enseñanza Auditiva) o Realizando (Enseñanza Cinestetica)? Puede citar ejemplos.**

**8. ¿Su hijo tiene alergias a los alimentos? ¿Come su niño/a alimentos variados o solamente come ciertos alimentos?**

**9. ¿Tiene su niño/a alguna clase de miedo?**

**10. Por favor describa eventos o cambios ocurridos recientemente en la familia (Por ejemplo, Muertes, Divorcios, Nuevo Bebe, Mudanza).**

**11. ¿Como cree que el Staff de ASAP puede ayudar este año a su hijo/a?**

**12. Por favor infórmenos si su hijo tiene alguna necesidad especial. ¿Un IEP? Estaremos encantados de reunirse para discutir cómo podemos servir mejor a su hijo.**

**13. ¿Con el fin de servir mejor a su hijo, uds. dan permiso para que la Directora de ASAP o el coordinador del sitio entrevistarse con personal de la escuela?**

Las preguntas anteriores fueron respondidas por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor devuelva a: Bobbie Hinden, ASAP Director  
Family Network 330 Laurel Ave. Highland Park, IL 60035  
Ph: 847-433-0377 Fax: 847-433-0461  
[bobbie.hinden@family-focus.org](mailto:bobbie.hinden@family-focus.org)