

ONTARIO-MONTCLAIR SCHOOL DISTRICT
TK & Kindergarten Enrollment Questionnaire

We want to support your child's success. Please answer these short questions to help us get to know their needs better.

Student Name: _____ **Date of Birth:** _____

Health

- 1. Does your child have any medical diagnosis or take daily medication?
 No
 Yes
If yes, please explain: _____

- 2. Does your child use diapers or pull-ups during the day?
 No
 Yes

- 3. Can your child use the restroom independently, including the ability to dress and undress?
 No
 Yes

Academics

- 4. Has your child had a learning plan (like an IEP/IFSP/504) or received help from a specialist (e.g., speech counseling, occupational therapy, or Regional Center)?
 No
 Yes
If yes, please explain: _____

- 5. Has your child attended preschool, daycare, or other programs before starting school?
 No
 Yes
If yes, where? _____

Socialization

- 6. Does your child enjoy group activities, like playing games or working with others?
 No
 Yes

- 7. Are there behaviors that might make learning or socializing harder (e.g., hiding/running away, tantrums)?
 No
 Yes
If yes, please explain: _____

Is there anything else you'd like us to know about your child to help us support them?

DISTRITO ESCOLAR ONTARIO-MONTCLAIR

Cuestionario de Inscripción para TK y Kínder

Deseamos apoyar el éxito de su hijo. Le agradeceríamos que respondiera a estas preguntas breves para ayudarnos a comprender mejor sus necesidades.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado de salud

1. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna enfermedad o condición, o toma medicamentos todos los días?
 No
 Sí
Si la respuesta es sí, por favor explique: _____
2. ¿Usa su hijo pañales regulares o entrenadores durante el día?
 No
 Sí
3. ¿Puede su hijo usar el baño de forma independiente, incluyendo la capacidad de vestirse y desvestirse?
 No
 Sí

Escolar

4. ¿Ha tenido su hijo un plan de aprendizaje (como un plan de IEP/IFSP/504) o ha recibido ayuda de un especialista (por ejemplo, terapia del habla, terapia ocupacional o Centro Regional)?
 No
 Sí
De ser la respuesta sí, por favor explique: _____
5. ¿Ha asistido su hijo a preescolar, guardería u otros programas antes de comenzar la escuela?
 No
 Sí
De ser la respuesta sí, ¿dónde? _____

Interacción social

6. ¿A su hijo le gustan las actividades en grupo, como jugar o trabajar con los demás?
 No
 Sí
7. ¿Existen comportamientos que puedan dificultar el aprendizaje o socializar (por ejemplo, esconderse/escaparse, berrinches)?
 No
 Sí
De ser la respuesta sí, por favor explique: _____

¿Hay algún otro detalle que le gustaría compartir sobre su hijo para que podamos brindar mejor apoyo?
