

Cuestionario de Kindergarten

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

No. de Identificación del estudiante \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo/a en un programa de VPK?

SI       NO      Nombre \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo/a en un programa de prekinder?

SI       NO

Si contesta SI, favor de marcar el lugar apropiado:

Prekinder Programa Privado

Nombre \_\_\_\_\_

TAP (Programa de madres jóvenes)

Nombre de escuela/centro \_\_\_\_\_

Head Start

Nombre \_\_\_\_\_

Programa de escuela

ACE PREK (Prekinder para Niños con Incapacidades)

Prekinder del Programa Migrante

Prekinder Escuela Preparatoria

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha