

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