***Please take a few minutes to complete this survey and return it to your child’s teacher****.* ***Thank you!***

Elementary School: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. When did you register your child for kindergarten in 2019?** (Please circle one.)

 Before May May-June July-August (**Before first day of school**)

 First day of school After the first day of school

**2. Did your child attend child care / PreK before attending kindergarten**? Yes No

If so, please give the name of the center/school: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

If no, please tell us why: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. In which of the following activities did your family or your child participate in before the first day of kindergarten? (Please circle all that apply.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Visited Kindergarten classroom or toured schoolMet child’s teacher(s)  | Had conversation with K teacher(s)about my child  | Received communication about kindergarten Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. Have your child’s learning goals for kindergarten been shared with you?** Yes No

**5. What has helped you and your child most with the transition/move into kindergarten?**

Attending child care/Pre-K Exposed to shapes, colors, letters, numbers, etc. before school started

Talking with school staff/teachers Social Experience (sharing, playing with others) Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. What could have improved your child’s transition/move to kindergarten?**

Attending child care/Pre-K Exposed to shapes, colors, letters, numbers, etc. before school started

Talking with school staff/teachers Social Experience (sharing, playing with others) Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. How ready do you feel your child was for kindergarten entry as it relates to the following areas:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Not Ready Very Ready |
| 1. Socially - Getting along with others (teacher, students)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Academically
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. Overall, how smooth did the transition/move into kindergarten go for your child?** | Not Smooth \_ \_ Very Smooth |
| 1 |  2 |  3 |  4 |  5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** **How often do you read to your child?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Never | Few times a month | Few times a week | Daily | Several times every day |

 |

**9a. What literacy programs has your child participated in (Please circle all that apply)?**

Dolly Parton Imagination Library Reach Out and Read Library Reading Programs

**10. Please add any other comments you may have**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor tome unos minutos para completar esta encuesta y devuélvela a la maestra(o) de su niño(a).** ***¡Gracias!***

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. ¿Cuándo registró a su niño(a) para el Kinder -2019-?** (Por favor marque solo uno.)

 Antes de mayo En mayo o junio Julio o agosto (**antes del primer día de clasesl**)

 En el primer día de clases Después del primer día de clases

**2. ¿Su niño(a) asistió a una guarderia, daycare, ó PreKinder antes de entrar al Kinder?**  SI No

Si contestó si, escriba aquí el nombre adonde asistió\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no asistió, por favor díganos porqué no asistió \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. ¿En qué actividades para la transición al Kinder participaron usted y/o su niño antes del primer día de clases? (Puede marcar todas en las que haya(n) participado)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Visitar un salón de clases y/o recorrer la escuela.Conocer a la maestra de mi hijo(a). | Conversar con la maestraespecíficamente acerca de mi niño(a) | Recibí una carta acerca del Kinder Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**4. ¿Se les ha informado cuáles son los objetivos de aprendizaje para su niño(a) en el Kinder?** SI NO

**5. ¿Qué es lo que más les ha ayudado a usted y a su niño(a) en la transición al Kinder?** (Puede marcar varias)

Asistir a un daycare o Prekinder Trabajar con letras, números, etc. antes de comenzar la escuela

Hablar con maestras y/u personal de la escuela Experiencia social (compartir, caminar en línea)

Otro(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. ¿Qué pudo haber mejorado la transición al Kinder de su niño(a)?**

Asistir al PreKinder o daycare Trabajar con letras, números, etc. antes de comenzar la escuela

Hablar con maestras y/u personal de la escuela Experiencia social (compartir, caminar en línea)

 Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. ¿En su sentir, qué tan listo estaba su niño(a) para el Kinder en las siguientes áreas?**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  No estaba listo si estaba listo |
| * 1. **Socialmente**: relacionarse y llevarse bien con los demás (compañeros de clase, maestras, etc…)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| * 1. **Académicamente** (conocimientos y habilidades)
 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |
| --- | --- |
| **8. En su opinión y en general, ¿cómo fue la adaptación de su hijo(a) al Kinder?** |  No fué fácil Muy fácil |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**9. ¿Qué tan a menudo le lee a su niño(a)?** Nunca Un par de veces al mes

Un par de veces a la semana Diariamente Varias veces al día

**9a.** **¿En qué programas de alfabetización ha participado su hijo (marque todos los que correspondan)?**

Dolly Parton Imagination Library Reach Out and Read programas de lectura de la biblioteca

**10. Por favor agregue cualquier otro comentario que usted tenga:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_