

Doña Ana County Head Start

Parent/Teacher Conference #1

Parent Questionnaire

(To be given to parent one week before Conference)

Date _____ Center _____ Enrollment Date _____

Child's Name _____ Parent/Guardian's Name _____

Thank you! Your input is so important in planning goals for your child.

- 1.) Is your child able to identify and label their feelings? Yes No Sometimes
- 2.) Does your child let you know if s/he wants or needs something? Yes No Sometimes
- 3.) Does your child choose activities on their own? Yes No Sometimes
- 4.) Can your child perform duties on their own?
(i.e. wash hands with soap, zip or button, put on shoes, and brush teeth). Yes No Sometimes
- 5.) Has your child progressed in playing cooperatively with others? Yes No Sometimes
- 6.) Is your child aware that others have feelings, and do they respond appropriately?
Yes No Sometimes
- 7.) Does your child take turns when you ask them to? Yes No Sometimes
- 8.) Do you see progress in your child's ability to jump, hop, skip, gallop, and run?
Yes No Sometimes
- 9.) Do you see progress in your child's ability to climb up and down things?
Yes No Sometimes
- 10.) Does your child notice details in objects and events?
(i.e. notices room arrangement is different, notices feathers on a bird are different colors, etc.). Yes No Sometimes
- 11.) Does your child use an object in many different ways?
(i.e. pots for drums, paper towel rolls for a telescope, etc.). Yes No Sometimes
- 12.) Does your child put away their toys before going to another activity?
Yes No Sometimes

- 13.) Does your child notice and comment on the results of an action? Yes No Sometimes
(i.e. notices it gets darker when the sun goes behind the clouds, notices when wind blows, trees move, etc.).
- 14.) Does your child play teacher (or any other role)? Yes No Sometimes
- 15.) Can your child identify things that are the same and things that are different? Yes No Sometimes
- 16.) Does your child use words such as big, little, more, less, long, short? Yes No Sometimes
- 17.) Does your child understand basic positional words? Yes No Sometimes
(i.e. in, out, under, over, behind, beside, by, etc.).
- 18.) Does your child play with word sounds? Yes No Sometimes
(i.e. pop pip pop pop pop, or milk makes moos, etc.).
- 19.) Do you see progress in your child's ability to follow oral directions? Yes No Sometimes
- 20.) Is your child progressing in asking and answering questions? Yes No Sometimes
- 21.) Does your child pretend to read? Yes No Sometimes
- 22.) While pretending to read, does your child tell you a story? Yes No Sometimes
- 23.) Does your child move to music? Yes No Sometimes

Head Start del Condado de Doña Ana

Conferencia entre Padre/Maestra #1

Cuestionario de Padres

(Para dar a los padres una semana antes de conferencia)

Fecha _____ Centro _____ Fecha de matricula _____

Nombre del niño _____ Nombre de padre/guardián _____

¡Gracias! Sus ideas son muy importantes para planear las metas de su niño.

- 1.) ¿Puede su niño identificar o describir sus sentimientos? Si No a Veces
- 2.) ¿Cuando su niño quiere o necesita algo le hace saber a usted? Si No a Veces
- 3.) ¿Su niño escoge actividades por si mismo? Si No a Veces
- 4.) ¿Puede su niño desempeñar objetivos por si mismo? Si No a Veces
(i.e. lavarse las manos con jabón, abrocharse, ponerse los zapatos, y cepillarse los dientes).
- 5.) ¿Ha progresado su niño, al jugar con otros niños? Si No a Veces
- 6.) ¿Esta consciente su niño que otros personas tienen sentimientos, y que responden apropiadamente? Si No a Veces
- 7.) ¿Su niño se toma su turno cuando usted se lo pide? Si No a Veces
- 8.) ¿Ve usted progreso en su niño en la habilidad de brincar, saltar, galopar o correr? Si No a Veces
- 9.) ¿Ve usted progreso en su niño en la habilidad de subirse o bajarse de algunas partes? Si No a Veces
- 10.) ¿Su niño nota detalles en objetos o eventos? Si No a Veces
(i.e. Se fija cuando las cosas de un cuarto han sido cambiadas de lugar, se fija en las plumas de un pájaro que son diferentes colores, etc.).

- 11.) ¿Usa su niño objetos en diferentes modos?
(i.e. ollas de cocina como tambores, rollos de toallitas como telescopios, etc.). Si No a Veces
- 12.) ¿Su niño guarda los juguetes antes de hacer otra actividad? Si No a Veces
- 13.) ¿Su niño se fija o comenta en los resultados de una acción?
(i.e. Se fija que se esta obscureciendo cuando el sol se esconde detrás de las nubes,
cuando el aire sopla, se mueven los árboles, etc.). Si No a Veces
- 14.) ¿Su niño simula ser maestra (o otro papel)? Si No a Veces
- 15.) ¿Puede su niño identificar cosas que son iguales y cosas que son diferentes?
Si No a Veces
- 16.) ¿Su niño usa palabras tal como grande, chico, más, menos, lleno, vacío, largo,
corto? Si No a Veces
- 17.) ¿Su niño entiende palabras de posición básicas?
(i.e. adentro, afuera, de bajo, arriba, de lado, junto, etc.). Si No a Veces
- 18.) ¿Su niño juega con palabras de sonidos?
(i.e. pop pip pop pop pop, o la lecha hace muuus, etc.). Si No a Veces
- 19.) ¿Ve usted progreso en su niño en la habilidad de seguir instrucciones orales?
Si No a Veces
- 20.) ¿Su niño ha progresado en hacer o contestar preguntas? Si No a Veces
- 22.) ¿Su niño pretende leer? Si No a Veces
- 23.) ¿Al pretender leer, su niño le cuenta una historia? Si No a Veces
- 24.) ¿Se mueve su niño al oír música? Si No a Veces