



# ST. CATHERINE'S ACADEMY

## CUESTIONARIO DE PADRES

POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE

Nombre de los padres:				
Nombre del estudiante:			Edad:	Fecha de Nacimiento:
Grado actual:	Grado que solicita:	Deseo que mi hijo resida por (circule uno):	5-Dias	Idioma que habla en casa:
			7-Dias	
¿Como supo usted de St. Catherine's Academy? (Si fue referido por un alumno o ex-alumno, por favor escribe su nombre)				

## INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y DE LA ESCUELA

El estudiante esta atendiendo una escuela (por favor encierre uno)		Nombre de la escuela:		
<b>Privada / Publica</b>				
Tiempo de asistencia:	Nombre del director(a):	Nombre de maestro(a) principal:		
Escuelas previas y motivos de transferencia:				
¿Su hijo a repetido algún grado? <b>SI/NO</b>	Motivo:			
Cual grado:				
¿Su hijo a sido expulsado o suspendido de la escuela? <b>SI/NO</b>	Motivo:			
Cuando:				
¿Cual es el motivo que usted desea que su hijo asista a St. Catherine's Academy?				
¿Su hijo desea asistir a St. Catherine's? (por favor explique)				

Para asistir mejor a su hijo, por favor marque las cajas apropiadas si su hijo actualmente o en el pasado a participado en algunos de los siguientes programas. Por favor proporcione una copia de los resultados.

	<b>Educación Especial:</b> <small>Proporcione una copia del plan educativo</small>		Clase especial de día		Terapia de Habla
	Educación física adaptada		Terapia ocupacional		Otro: (explique)
	Consejería (comentarios):				

Por favor llene la pagina de atrás

**CUESTIONARIO DE PADRES (pagina 2)**

¿Cuales son las virtudes personales de su hijo?		
¿Cuales son los desafíos personales de su hijo?		
¿Cuales son las virtudes académicas de su hijo?		
¿Cuales son los desafíos académicos de su hijo?		
¿Se lleva bien su hijo con sus compañeros?	¿Cuales son los quehaceres de su hijo?	
¿Necesita recordarle usted a su hijo que haga la tarea? <b>SI/NO</b> (por favor explique)	¿Estad usted al pendiente de sus calificaciones y conducta con sus maestros? <b>SI/ NO</b>	¿Le ayuda usted hacer sus tarea? <b>SI/NO</b>
¿Que sistema de recompensa utiliza con su hijo?		
¿Tiene usted alguna preocupación especifica de su hijo? <b>SI / NO</b>		
¿Tiene problemas de conducta su hijo? <b>SI / NO-</b> (por favor explique):		
¿Esta tomando algún medicamento su hijo? <b>SI / NO</b>	¿Cuanto tiempo tiene tomando el medicamento?	Nombre y dosis del medicamento::
Razón por tomar el medicamento:		¿Ha estado su hijo en consejería? <b>SI / NO</b> - (por favor explique):

Por favor anote cualquier información que le gustaría compartir con nosotros: