

幼儿园家长/看护人问卷调查

欢迎您的孩子入读幼儿园！OCDSB 深知家庭在孩子教育中扮演的重要角色，作为家长/监护人，您对您的孩子有深入的了解。由于孩子们来到幼儿园时有许多不同的经历、才能和需求，因此，在孩子入学前听取和考虑有关您孩子的关键信息，会使幼儿园教学团队受益。了解您的孩子有助于我们满足他们的需求，为他们顺利过渡到校园环境创造条件。

如果您在填写本问卷时需要帮助，或有任何问题，请与学校联系。

请填写此表，并在您方便时尽早交回学校。

基本信息		学校:
孩子全名:	<hr/> <hr/> <hr/>	
孩子偏好使用的名字:		
孩子的性别代词:		
孩子的出生日期: (年月日)		
家长/看护人姓名		
家长/看护人姓名		

请告诉我们有关孩子家庭和照料环境的信息。	
您的孩子与谁同住? (成人和儿童)	
您的孩子能听到、说出和/或理解哪些语言?	听: _____

	说： _____ 理解： _____										
告诉我们您的家庭喜欢一起做的一些事情。(例如，活动、共同的兴趣、特别的庆祝活动/传统)	_____ _____ _____ _____ _____										
什么对您的家庭很重要？	_____ _____ _____ _____ _____										
告诉我们您的家庭如何分享故事？	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一起编故事</td> <td><input type="checkbox"/> 睡前阅读</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 口头讲故事</td> <td><input type="checkbox"/> 在线听故事</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 一起阅读绘本</td> <td><input type="checkbox"/> 化妆打扮/表演</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 在线听书</td> <td><input type="checkbox"/> 其他： _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 在线看视频</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 一起编故事	<input type="checkbox"/> 睡前阅读	<input type="checkbox"/> 口头讲故事	<input type="checkbox"/> 在线听故事	<input type="checkbox"/> 一起阅读绘本	<input type="checkbox"/> 化妆打扮/表演	<input type="checkbox"/> 在线听书	<input type="checkbox"/> 其他： _____	<input type="checkbox"/> 在线看视频	
<input type="checkbox"/> 一起编故事	<input type="checkbox"/> 睡前阅读										
<input type="checkbox"/> 口头讲故事	<input type="checkbox"/> 在线听故事										
<input type="checkbox"/> 一起阅读绘本	<input type="checkbox"/> 化妆打扮/表演										
<input type="checkbox"/> 在线听书	<input type="checkbox"/> 其他： _____										
<input type="checkbox"/> 在线看视频											
谁帮助照顾过您的孩子？ (请勾选所有适用项)	<input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友/邻居 <input type="checkbox"/> 家庭托儿机构 <input type="checkbox"/> 幼儿园/儿童护理中心 <input type="checkbox"/> 暂托看护机构 <input type="checkbox"/> 其他： _____										
您的家庭是否在社区内获得过早教资源？ (请勾选所有适用项)	<input type="checkbox"/> EarlyON 中心 (例如，游戏小组、无预约临时看护中心、Baby and Me 项目) <input type="checkbox"/> Wabano 中心 (例如，Wabano Kids, Parenting Bundle) <input type="checkbox"/> Inuuqatigiit 中心 (例如，讲故事，家庭厨房) <input type="checkbox"/> Odawa 儿童早教和家庭中心 <input type="checkbox"/> 渥太华公共图书馆 (例如，说故事活动)										

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mothercraft 服务中心 <input type="checkbox"/> 家长资源中心 <input type="checkbox"/> 渥太华公共卫生局 (例如, Parenting Ottawa) <input type="checkbox"/> First Words 学前儿童言语和语言项目 <input type="checkbox"/> 渥太华市娱乐活动 (如滑冰课、游泳、足球、体操、艺术项目) <input type="checkbox"/> Partners in Parenting 关爱网络公司 <input type="checkbox"/> 户外教育 (例如, 渥太华森林和自然学校) <input type="checkbox"/> 其他, 请解释:
--	--

请告诉我们有关孩子健康和发育状况的信息。	
您的孩子是否有任何严重的或危及生命的医疗状况?	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 没有 (如果有, 请具体说明) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>
您对孩子的健康和发育有任何担忧吗?	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 没有 (如果有, 请勾选适用项。) <input type="checkbox"/> 视力 (例如, 全盲-低视力, 需要戴眼镜) <input type="checkbox"/> 听力 (例如, 需要调频系统, 人工耳蜗) <input type="checkbox"/> 言语表达 (例如, 尚未开始说话, 理解障碍) <input type="checkbox"/> 认知能力 (例如, 记忆力差, 注意力不集中) <input type="checkbox"/> 精细运动技能 (例如, 穿衣有困难, 手部力量弱) <input type="checkbox"/> 大幅运动技能 (例如, 失去平衡, 还不会跑或爬) <input type="checkbox"/> 与他人的联系/分离 (例如, 难以分离或容易走丢) <input type="checkbox"/> 对感官输入的敏感度 <input type="checkbox"/> 其他: _____

请帮助我们了解您的孩子。

您的孩子喜欢哪些事物或喜欢做哪些事？

- 盖房子
- 在户外玩耍
- 绘画/涂色
- 和娃娃玩耍

- 玩车
- 造东西
- 骑自行车
- 帮助清洁

- 帮助烘烤/烹饪
- 玩游戏
- 想象游戏
- 玩球

- 听故事
- 音乐
- 电玩
- 其他：_____

您的孩子喜欢和谁一起玩？

- 自己玩
- 和兄弟姐妹
- 和年龄比自己小的孩子

- 和年龄比自己大的孩子
- 和成年人
- 其他：_____

您和其他家庭成员欣赏孩子的哪些特质？

- 有趣
- 善于合作
- 友善
- 果断
- 富于创造性
- 谨慎
- 专注

- 热爱运动
- 富于感情
- 安静
- 喜欢嬉闹
- 足智多谋
- 充满关爱
- 细腻敏感

- 独立
- 乐于助人
- 擅于解决问题
- 充满好奇
- 坚韧不拔 健谈
- 乐于社交
- 其他：_____

- 谦逊
- 体谅他人
- 周到
- 自省
- 富有洞察力
- 领袖气质
- 其他：_____

我们想知道更多关于您的孩子在出现强烈感受时需要什么。请告诉我们...

• 您的孩子是如何传达他们的需求的？

- 主动要求
- 用手指
- 脸部表情

- 手势
- 哭/表现感受

- 其他：_____
- 其他：_____
- 其他：_____

• 什么经历或活动让您的孩子感到快乐和安全？

- 和家人在一起
- 可预测性
- 吃喜欢的食物
- 听故事
- 到户外

- 唱歌跳舞
- 玩耍
- 与相爱的人依偎
- 发挥创造性
- 看电视

- 进行体育锻炼（例如，跑、跳、攀爬）
- 艺术手工
- 其他：_____

<ul style="list-style-type: none"> 您怎么知道他们什么时候感到害怕或焦虑？他们通常... 	<input type="checkbox"/> 隐藏/回避 <input type="checkbox"/> 提高嗓音 <input type="checkbox"/> 想与您亲近 <input type="checkbox"/> 胆怯 <input type="checkbox"/> 咬指甲/咬东西	<input type="checkbox"/> 哭泣 <input type="checkbox"/> 烦躁易怒 <input type="checkbox"/> 遮住脸/眼睛/耳朵 <input type="checkbox"/> 更频繁地使用洗手间	<input type="checkbox"/> 试着逃跑 <input type="checkbox"/> 希望接近喜欢的 <input type="checkbox"/> 成年人 <input type="checkbox"/> 发怒 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<ul style="list-style-type: none"> 您怎么知道他们是饿了还是累了？他们通常... 	<input type="checkbox"/> 看起来脾气暴躁/挑剔 <input type="checkbox"/> 容易哭 <input type="checkbox"/> 沉默不语/缩手缩脚 <input type="checkbox"/> 较常表现出迟钝 <input type="checkbox"/> 希望额外的关注	<input type="checkbox"/> 难以集中注意力 <input type="checkbox"/> 更容易受挫 <input type="checkbox"/> 无精打采 <input type="checkbox"/> 精力高涨 <input type="checkbox"/> 看起来有一点笨拙	<input type="checkbox"/> 要求得到/拿取食物 <input type="checkbox"/> 找一个安静的空间 <input type="checkbox"/> 想要依偎/拥抱 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<ul style="list-style-type: none"> 当您的孩子生气、悲伤或不知所措时，您用什么策略来安抚他们？ 	<input type="checkbox"/> 拥抱/依偎 <input type="checkbox"/> 给他们马甲或毯子 <input type="checkbox"/> 给予他们空间 <input type="checkbox"/> 跟他们谈话 <input type="checkbox"/> 使用平静的嗓音谈话 <input type="checkbox"/> 一起深呼吸	<input type="checkbox"/> 唱歌跳舞 <input type="checkbox"/> 听音乐 <input type="checkbox"/> 进行体育活动 <input type="checkbox"/> 和他们一起躺下 <input type="checkbox"/> 摇晃他们/在球上跳动 <input type="checkbox"/> 画画/涂色	<input type="checkbox"/> 给他们点心/饮料 <input type="checkbox"/> 降噪 <input type="checkbox"/> 耳机 <input type="checkbox"/> 珠宝 <input type="checkbox"/> 和他们读书 <input type="checkbox"/> 其他：_____
<p>关于您的孩子或您的家庭，您还有什么想分享的吗？(例如，对上述任何主题的阐述，尚未提及的信息)</p>			

<p>其他教育伙伴：</p>
<p>上下学</p>

您的孩子如何往返于学校？	<p>早上</p> <input type="checkbox"/> 巴士 <input type="checkbox"/> 私家车 <input type="checkbox"/> 走路	<p>下午</p> <input type="checkbox"/> 巴士 <input type="checkbox"/> 私家车 <input type="checkbox"/> 走路
课前/课后看护		
您的孩子目前是否已注册本校的学前/学后托管的服务，或在等候名单上？	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
如果是，请说明哪一个？	<input type="checkbox"/> OCDSB EDP (延长日托项目) <input type="checkbox"/> 由第三方提供的服务 <input type="checkbox"/> 休闲娱乐项目	
何时参加？	<input type="checkbox"/> 仅早上 <input type="checkbox"/> 仅下午 <input type="checkbox"/> 早上及下午 <input type="checkbox"/> 其他（例如，隔天，请具体说明） _____	

<p>家长/看护人签名：</p> <p>日期：</p>	<p>教育工作者或校长签名：</p> <p>日期：</p>
------------------------------------	--------------------------------------