

## किन्डरगारटैन अभिभावक/हेरचाहकर्ता प्रश्नावली

किन्डरगारटैनमा स्वागत छ ! OCDSB मा, हामी बच्चाको शिक्षामा परिवारहरूले महत्त्वपूर्ण भूमिका खेलन् र अभिभावक/संरक्षकहरूको रूपमा तपाईंले आफ्नो बच्चाको बारेमा गहिरो बुझाइ राख्नुहुन्छ भनी स्वीकार गर्छौं। बालबालिकाहरू विभिन्न अनुभव, प्रतिभा र आवश्यकताहरू लिएर किन्डरगारटैनमा आउने हुनाले, किन्डरगारटैन टोलीहरूले बच्चाले विद्यालय शुरु गर्नुअघि तपाईंको बच्चाको बारेमा मुख्य जानकारी सुनेर र त्यसका बारेमा विचार गरेर फाइदा लिन्छन्। तपाईंको बच्चाको बारेमा सिक्नुले हामीलाई उनीहरू जहाँ छन् त्यहाँ भेट्न र विद्यालयमा सहज स्थानान्तरण (संक्रमण) का गर्ने अवस्थाहरू सिर्जना गर्न मद्दत गर्छ।

यदि तपाईं यो प्रश्नावली भर्ने सहयोग चाहनुहुन्छ भने, वा तपाईंसँग कुनै प्रश्नहरू छन् भने, कृपया विद्यालयलाई सम्पर्क गर्न नहिचकिचाउनुहोस्। कृपया यो फारम भर्नुहोस् र यसलाई आफ्नो सुविधा अनुसार विद्यालयमा फिर्ता गर्नुहोस्।

आधारभूत जानकारी	विद्यालय :
बच्चाको पूरा नाम :	_____
बच्चाको मनपर्ने नाम :	_____
बच्चाको सर्वनाम :	_____
बच्चाको जन्म मिति : (वर्ष / महिना / दिन)	_____
अभिभावक / हेरचाहकर्ता नामहरू	_____
अभिभावक / हेरचाहकर्ता नामहरू	_____

**कृपया हामीलाई तपाईंको बच्चाको घर र हेरचाहको वातावरणको बारेमा बताउनुहोस्।**

<p>तपाईंको बच्चाको घर(हरू) मा को बस्छ? (वयस्क र बालबालिका)</p>	
<p>तपाईंको बच्चाले कुन- कुन भाषाहरू सुन्छन्, बोल्छन् र/वा बुझ्छन् सुन्नुहोस्?</p>	<p>सुन्ने : _____ बोल्ने : _____ बुझ्ने : _____</p>
<p>तपाईंको परिवारले सँगै गर्न मन पराउने केही चीजहरूको बारेमा हामीलाई बताउनुहोस्। (जस्तै, गतिविधिहरू, साझा रुचिहरू, विशेष उत्सवहरू/परम्पराहरू)</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>तपाईंको परिवारको लागि के महत्त्वपूर्ण छ?</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>तपाईंको परिवारले कथाहरू कसरी साझा गर्छ भन्ने बारे हामीलाई भन्नुहोस्?</p>	<p> <input type="checkbox"/> सँगै कथाहरू बनाएर  <input type="checkbox"/> मौखिक कथा भनेर  <input type="checkbox"/> चित्र पुस्तकहरू सँगै पढेर  <input type="checkbox"/> अनलाइन पुस्तकहरू सुनेर  <input type="checkbox"/> अनलाइन भिडियोहरू सुनेर                 <input type="checkbox"/> सुन्नुअघि पढेर  <input type="checkbox"/> अनलाइन कथाहरू सुनेर  <input type="checkbox"/> ड्रेस-अप/अभिनय गरेर  <input type="checkbox"/> अन्य : _____             </p>

<p>तपाईंको बच्चाको हेरचाह गर्न कसले मद्दत गरेको छ? (लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> नातेदार</li> <li><input type="checkbox"/> साथीहरू/छिमेकीहरू</li> <li><input type="checkbox"/> गृह बाल हेरचाह प्रदायक</li> <li><input type="checkbox"/> नर्सरी स्कूल/बाल हेरचाह केन्द्र</li> <li><input type="checkbox"/> राहत हेरचाह</li> <li><input type="checkbox"/> अन्य : _____</li> </ul>
<p>के तपाईंको परिवारले समुदाय भित्र प्रारम्भिक वर्षको स्रोतहरूमा पहुँच गरेको छ? (कृपया लागू हुने सबै जाँच गर्नुहोस्)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> EarlyON केन्द्रहरू (जस्तै, प्लेसमूहहरू, ड्रप-इन केन्द्रहरू, बेबी एण्ड मी)</li> <li><input type="checkbox"/> Wabano केन्द्र (जस्तै, वाबानो किड्स, प्यारन्टींग बन्डल)</li> <li><input type="checkbox"/> Inuuqatigiit केन्द्र (जस्तै, कथा सुनाउने, पारिवारिक भान्सा)</li> <li><input type="checkbox"/> ओदवाको प्रारम्भिक वर्ष बाल तथा परिवार केन्द्र</li> <li><input type="checkbox"/> अटोवा सार्वजनिक पुस्तकालय (जस्तै कथा समय सत्रहरू)</li> <li><input type="checkbox"/> मदरक्राफ्ट</li> <li><input type="checkbox"/> अभिभावक स्रोत केन्द्र</li> <li><input type="checkbox"/> अटोवा सार्वजनिक स्वास्थ्य (जस्तै, अभिभावक अटोवा)</li> <li><input type="checkbox"/> फर्स्ट वर्ड्स</li> <li><input type="checkbox"/> सिटी अफ अटोवा मनोरञ्जनात्मक गतिविधिहरू (जस्तै, स्केटिङ पाठ, पौडी, फुटबल, जिम्न्यास्टिक, कला कार्यक्रमहरू)</li> <li><input type="checkbox"/> अभिभावकत्वमा साझेदारहरू</li> <li><input type="checkbox"/> बाहिरी शिक्षा (जस्तै, अटोवा वन र प्रकृति विद्यालय)</li> <li><input type="checkbox"/> अन्य, कृपया व्याख्या गर्नुहोस् :</li> </ul>

कृपया हामीलाई आफ्नो बच्चाको स्वास्थ्य र विकास बारे बताउनुहोस्।

के तपाईंको बच्चाको कुनै गम्भीर वा जीवन जोखिममा पार्ने चिकित्सकीय अवस्थाहरू छन् जसको बारेमा हामीले जान्नुपर्छ?

छ  छैन (यदि छ भने, मिल्ने जती छान्नु होस्)

के तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको स्वास्थ्य र विकासको बारेमा कुनै चिन्ता छ?

छ  छैन (यदि छ भने, मिल्ने जती छान्नु होस्)

- दृष्टि (जस्तै, अन्धो-कम दृष्टि, चश्मा चाहिन्छ)
- सुनुवाइ (जस्तै, FM प्रणाली, कोक्लियर प्रत्यारोपण आवश्यक छ)
- बोली (जस्तै, अझै बोलिरहेको छैन, बुझ्न गाह्रो)
- संज्ञानात्मक क्षमता (जस्तै, कमजोर स्मरणशक्ति, ध्यान दिन कठिनाई)
- मिहीन मोटर कौशल (जस्तै, लुगा लगाउन कठिनाई, कमजोर हातको बल)
- सकल मोटर कौशल (जस्तै, सन्तुलन गुमाउँछ, अझै दौडिएको वा आरोहण गर्न बाँकी)
- अरुसँगको मिलन / विछोड (जस्तै, अलग गर्न कठिनाई वा सजिलै टाढा भैरहने)
- सेन्सरी इनपुटको संवेदनशीलता
- अन्य : \_\_\_\_\_

**कृपया हामीलाई तपाईंको बच्चालाई चिन्न मद्दत गर्नुहोस्।**

**तपाईंको बच्चालाई मनपर्ने वा गर्नमा रमाइलो गर्ने केही चीजहरू के हुन्?**

<input type="checkbox"/> घर	<input type="checkbox"/> कारसंग खेलन	<input type="checkbox"/> बेक / पकाउन मद्दत गर्न	<input type="checkbox"/> कथाहरू सुन्न
<input type="checkbox"/> बाहिर खेलन	<input type="checkbox"/> सामान बनाउन	<input type="checkbox"/> खेल खेलन	<input type="checkbox"/> संगीत
<input type="checkbox"/> रेखाचित्र / रंग लगाउन	<input type="checkbox"/> आफ्नो बाइक चलाउनु	<input type="checkbox"/> काल्पनिक खेल	<input type="checkbox"/> इलेक्ट्रोनिक खेल खेलन
<input type="checkbox"/> गुडिया / पुतली संग खेलन	<input type="checkbox"/> सफाईमा मद्दत गर्न	<input type="checkbox"/> बल खेलन	<input type="checkbox"/> अन्य : _____

**तपाईंको बच्चालाई कोसँग खेलन मनपर्छ भन्ने बारे हामीलाई भन्नुहोस्?**

<input type="checkbox"/> आफैले	<input type="checkbox"/> ठूला बच्चाहरूसँग
<input type="checkbox"/> दाजुभाइ/दिदी बहिनी (हरू) सँग	<input type="checkbox"/> वयस्कहरूसँग
<input type="checkbox"/> साना बच्चाहरूसँग	<input type="checkbox"/> अन्य : _____

**तपाईं र परिवारका अन्य सदस्यहरूले तपाईंको बच्चाको बारेमा कदर गर्ने केही विशेषताहरू के हुन्?**

<input type="checkbox"/> हास्यास्पद	<input type="checkbox"/> एथलेटिक	<input type="checkbox"/> स्वतन्त्र	<input type="checkbox"/> नम्र
<input type="checkbox"/> सहयोगी	<input type="checkbox"/> मायालु	<input type="checkbox"/> सहयोगी	<input type="checkbox"/> समानुभूतिपूर्ण
<input type="checkbox"/> दयालु	<input type="checkbox"/> शान्त	<input type="checkbox"/> समस्या समाधान गर्ने	<input type="checkbox"/> विचारशील
<input type="checkbox"/> दाबी	<input type="checkbox"/> चंचल	<input type="checkbox"/> जिज्ञासु	<input type="checkbox"/> प्रतिबिम्बित
<input type="checkbox"/> रचनात्मक	<input type="checkbox"/> स्रोतसाधनपूर्ण	<input type="checkbox"/> धैर्य / गफाडी कुरा गर्ने	<input type="checkbox"/> पर्यवेक्षक / सतर्क
<input type="checkbox"/> सतर्क	<input type="checkbox"/> पालनपोषण गर्ने	<input type="checkbox"/> मिलनसार	<input type="checkbox"/> नेता
<input type="checkbox"/> केन्द्रित	<input type="checkbox"/> संवेदनशील	<input type="checkbox"/> अन्य : _____	<input type="checkbox"/> अन्य : _____

**हामी तपाईंको बच्चालाई बलियो भावना भएको बेला के चाहिन्छ भन्ने बारे थप जान्न चाहन्छौं। हामीलाई यसबारे बताउनुहोस् ...**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• तपाईंको बच्चाले उनीहरूलाई चाहिने कुराहरू कसरी सञ्चार / व्यक्त गर्छ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> माग्छ <input type="checkbox"/> यसलाई औंल्याउँछ <input type="checkbox"/> अनुहारको भावहरू प्रयोग गर्छ	<input type="checkbox"/> इशाराहरू प्रयोग गर्छ <input type="checkbox"/> रुन्छ/भावना व्यक्त गर्छ	अन्य : _____ अन्य : _____ अन्य : _____
---	--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• कुन अनुभवहरु वा गतिविधिहरुले तपाईंको बच्चालाई खुशी र सुरक्षित महशुस गराउँछ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> परिवार संग हुनु <input type="checkbox"/> अनुमान गर्न सकिने <input type="checkbox"/> उनीहरुलाई मनपर्ने खानेकुराहरु खाने <input type="checkbox"/> कथाहरु सुन्ने <input type="checkbox"/> बाहिर हुने	<input type="checkbox"/> गाउने / नृत्य गर्ने <input type="checkbox"/> खेल्ने <input type="checkbox"/> प्रियजनहरूसँग आलिंगन <input type="checkbox"/> रचनात्मक हुने <input type="checkbox"/> टिभी हेर्ने	<input type="checkbox"/> शारीरिक रूपमा सक्रिय हुने (जस्तै दौडने, हाम फाल्ने, आरोहण) <input type="checkbox"/> कला/शिल्प <input type="checkbox"/> अन्य : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• उनीहरु डराएको वा चिन्तित हुँदा तपाईंलाई कसरी थाहा हुन्छ? तिनीहरु सामान्यतया ...</li> </ul>	<input type="checkbox"/> लुक्ने / फिर्ता हुने <input type="checkbox"/> ठूलो आवाज गर्ने <input type="checkbox"/> तिम्रो नजिक हुन चाहने <input type="checkbox"/> लाज मान्ने <input type="checkbox"/> नड टोकने / सामान चबाउने	<input type="checkbox"/> रुने <input type="checkbox"/> उत्तेजित हुने <input type="checkbox"/> आफ्नो अनुहार / कान / आँखा छोप्ने <input type="checkbox"/> बाथरूमको प्रयोग बारम्बार गर्ने	<input type="checkbox"/> भाग्ने / दौडने प्रयास गर्ने <input type="checkbox"/> रुचाइएको वरिपरि हुन चाहने <input type="checkbox"/> वयस्क <input type="checkbox"/> रिसाउने <input type="checkbox"/> अन्य : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• उनीहरु भोकाएका वा थाकेका छन् भनेर कसरी थाहा पाउने? उनीहरु सामान्यतया...</li> </ul>	<input type="checkbox"/> रिसाएको / ठुस्स जस्त देखिन्छ <input type="checkbox"/> धेरै सजिलै रुने <input type="checkbox"/> शान्त हुने / फिर्ता लिने <input type="checkbox"/> सजिलै "मूर्ख" बन्ने <input type="checkbox"/> अतिरिक्त ध्यान चाहाने	<input type="checkbox"/> ध्यान केन्द्रित गर्न समस्या छ <input type="checkbox"/> अधिक सजिलै निराश हुने <input type="checkbox"/> कुनै ऊर्जा छैन <input type="checkbox"/> अतिरिक्त ऊर्जा छ <input type="checkbox"/> अलि अधुरो देखिन्छ	<input type="checkbox"/> खानाको लागि सोध्ने <input type="checkbox"/> शान्त ठाउँ खोज्ने <input type="checkbox"/> स्नुगल / आलिंगन गर्न चाहने <input type="checkbox"/> अन्य : _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>• उनीहरु क्रोधित, दुःखी, वा आत्तिदा तिनीहरुलाई शान्त पार्न तपाईंले कुन रणनीतिहरु प्रयोग गर्नुहुन्छ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> हगस / स्नुगल/वेटेड <input type="checkbox"/> भेस्ट वा कम्बल <input type="checkbox"/> तिनीहरुलाई ठाउँ दिनुहोस् <input type="checkbox"/> उनीहरूसँग कुरा गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> शान्त आवाज प्रयोग गर्नुहोस् <input type="checkbox"/> सँगै गहिरो सास लिनुहोस्	<input type="checkbox"/> गाउने / नृत्य <input type="checkbox"/> संगीत सुन्ने <input type="checkbox"/> केहि भौतिक काम <input type="checkbox"/> तिनीहरूसँग सुत्ने <input type="checkbox"/> बल खेल्ने <input type="checkbox"/> चित्रकला / रंग	<input type="checkbox"/> खाजा / पिउने <input type="checkbox"/> आवाज रद्द गर्ने <input type="checkbox"/> हेडफोन <input type="checkbox"/> गहना <input type="checkbox"/> उनीहरूसँग पढ्ने <input type="checkbox"/> अन्य : _____

तपाईं आफ्नो बच्चा वा आफ्नो परिवार बारे अरु केहि कुरा साझा गर्न चाहनुहुन्छ छ? (जस्तै, माथिका कुनै पनि विषयहरूमा विस्तार, जानकारी अझै उल्लेख गरिएको छैन)

### अन्य शिक्षा साझेदारहरू :

#### यातायात

तपाईंको बच्चा कसरी स्कूल जान र जानेछ?

बिहानी पख

- बस  
 कार  
 पैदल

दिउँसो पख

- बस  
 कार  
 पैदल

#### विद्यालय अघि / पछिको हेरचाह

के तपाईंको बच्चा यस विद्यालयमा विद्यालय अघि/पछिको हेरचाह को लागि हाल दर्ता भएको छ वा गर्ने प्रतिक्षा सूचीमा छ?

छ  छैन

यदि हो भने, कृपया कुन निर्दिष्ट गर्नुहोस्?

- OCDSB EDP (विस्तारित दिन कार्यक्रम)  
 तेस्रो पक्ष प्रदायक  
 एक मनोरञ्जन कार्यक्रम

तिनीहरू कहिले उपस्थित हुनेछन्?

- बिहान मात्र  
 दिउँसो मात्र  
 बिहान र दिउँसो  
 अन्य (जस्तै, दिनहरू बिराएर, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्) \_\_\_\_\_

अभिभावक(हरू) / हेरचाहकर्ता(हरू) को हस्ताक्षर(हरू) :

मिति :

शिक्षक वा प्रधानाध्यापकको हस्ताक्षर :

मिति :