

# Información para el regreso a clases

Nombre de mi hijo: \_\_\_\_\_

Mi nombre: \_\_\_\_\_

Mi email y/o teléfono: \_\_\_\_\_

## Experiencia escolar del año pasado

El año pasado, mi hijo (marque todas las que apliquen):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tuvo una experiencia mayoritariamente positiva | <input type="checkbox"/> Necesitó apoyo             |
| <input type="checkbox"/> Tuvo una experiencia mayoritariamente negativa | <input type="checkbox"/> Hizo amigos                |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de forma independiente                 | <input type="checkbox"/> Tuvo dificultades sociales |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                    |   |

Estrategias que ayudaron a mi hijo en el aprendizaje: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Otros comentarios? ¿Preguntas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Fortalezas y desafíos

Mi hijo es bueno o disfruta (leer, ciencias, arte, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mi hijo necesita ayuda o tiene dificultad con \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El año pasado, mi hijo enfrentó desafíos relacionados con (marque todas las que apliquen):

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ira         | <input type="checkbox"/> Hablar con maestros | <input type="checkbox"/> Ansiedad      | <input type="checkbox"/> Tristeza o depresión |
| <input type="checkbox"/> Frustración | <input type="checkbox"/> Sueño               | <input type="checkbox"/> Seguir reglas | <input type="checkbox"/> Concentración        |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |  |  |   |

¿Otros comentarios? ¿Preguntas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Otras cosas importantes

Es importante que el maestro de mi hijo sepa que \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Otros comentarios? ¿Preguntas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_