

Fairfield Township School
Pre-School Home Language Survey
Parent/Guardian Questionnaire

PLEASE PRINT

Child's Name: _____
(First) (Middle) (Last)

Date of Birth: _____ Date of School Entrance: _____

Person completing the survey: () Mother () Father () Grandparent () Guardian () Other

Please tell us about your child:

1. What language did the child learn when he/she first began to talk? _____
2. What language does the family speak at home most of the time? _____
3. What language does the mother (guardian) speak to the child most of the time? _____
4. What language does the father (guardian) speak to the child most of the time? _____
5. What language does the child speak to his/her mother most of the time? _____
6. What language does the child speak to his/her father most of the time? _____
7. What language does the child speak to his/her brothers and sisters most of the time? _____
8. What language does the child speak to his/her friends most of the time? _____
9. Please list any school your child attended before coming to our program. _____
10. In which language do you wish to receive information from school? _____
11. What name do you use for your child? _____
12. If you would like us to call your child a different name, please specify: _____
13. What does the child call his/her mother (guardian)? _____
14. What does the child call his/her father (guardian)? _____
15. List the foods your child likes to eat? _____
16. List the foods your child DOES NOT like to eat? _____
17. How does your child tell you that he/she has to go to the bathroom? _____
18. Does your child enjoy looking at books? _____
19. Do you have children's books available in the child's home language? _____
20. Where was the child born? _____
21. What country or countries are most important to your family's cultural background? _____
22. Research tells us that one of the most important things we can do to help children succeed in school and do well in English is to support their home language. Would you like more information on any of these resources and activities:
() Storybooks in the child's home language that the family can borrow from school
() Parent workshops about helping the child learn in their home language(s) and also help to learn English
() Opportunities to read stories in your home language to the class
() Opportunities to share some of your culture with the children – such as favorite foods, games, songs, art or crafts
() Newsletters with ideas about helping your child learn in his/her home language

Fairfield Township School
Home Language Survey
Cuestionario de Padres/Guardianes

Por Favor Escribe con Letras de Imprenta

Nombre del niño/a: _____
(Primer nombre) (ombre medio) (Apellido)

Fecha de nacimiento ____/____/____ **Cuando entro en la escuela** ____/____/____
(mes) (día) (ano) (mes) (día) (ano)

Persona llenando el cuestionario () Madre () Padre () Abuelo/a () Guardián () Otro _____

Por Favor Contesta las siguientes preguntas para saber algo de su hijo/a:

1. Que idioma aprendió su hijo/a cuando empezó a hablar? _____
2. Que idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo? _____
3. Que idioma usa la madre/guardián cuando habla con los niños la mayoría del tiempo? _____
4. Que idioma usa el padre/guardián cuando habla con los niños la mayoría del tiempo? _____
5. Que idioma usa su niño/a cuando habla con su madre la mayoría del tiempo? _____
6. Que idioma usa su niño/a cuando habla con su padre la mayoría del tiempo? _____
7. Que idioma usa su niño/a cuando habla con sus hermanos? _____
8. Que idioma usa su niño/a cuando habla con sus amigos la mayoría del tiempo? _____
9. Por favor escribe cualquier instrucción/educación que su niño/a tuvo antes de venir a nuestra escuela:

10. En cual idioma prefiere usted recibir información de la escuela? _____
11. Que nombre usa usted para llamar a su hijo? (apodo, etc.) _____ Si prefiere que llamamos a su niño/a por otro nombre Que seria? _____
12. Que nombre usa su niño/a para llamar a su madre/guardián? _____
13. Que nombre usa su niño/a para llamar a su padre/guardián? _____
14. Cuales son las comidas/cosas que a su niño/a le gusta comer? _____
15. Cuales son las comidas/cosas que a su niño/a no le gusta comer? _____
16. Cuando su niño/a tiene que ir al baño como lo indica (palabra especial etc.)? _____
17. A su niño/a le gusta mirar/leer libros? _____
18. En su casa tiene libros en el idioma que usa su niño/a en la casa? _____
19. Donde nació su niño/a? _____