



CCDP Head Start In-Kind



Semana de:	Nombre(s) del niño(s):		
(Las hojas deben enviarse a casa y devolverse el mismo día de cada semana)	Clase:		
Imprima su nombre:	Soy un: Padre/Guardián	<input type="checkbox"/>	Soy un: Masculino
Su firma:	(✓) Amigo/Relativo	<input type="checkbox"/>	(✓) Mujer
(Mi firma significa que toda la información que proporciono es verdadera y correcta.)			

Toda la información anterior DEBE ser completada y devuelta semanalmente.

Escribe el tiempo total que pasaste en cada actividad cada día. (15 minutos 30 minutos 45 minutos 60 minutos)

Fuente	Actividad(ies) LA ACTIVIDAD/LIBRO DEBE ESTAR LISTADA	Días completados							Totales (solo en la oficina)
		M	T	W	Th	F	S	Su	
Leer una historia	*Por favor, escriba el título de cada libro que lea*								
PBIS									
Currículo creativo									
Segundo paso									
T.S. Gold / Ready Rosie									
IEP o Conferencia Objetivos									
Totales (solo para uso en la oficina)									

Nombre del personal: _____

(Imprimir)

Nombre del personal: _____

Fecha: _____

Iniciales del Asistente del Gerente: _____ **Total de las actividades completadas** ____ X ____ **- Tiempo Total:** _____

Su firma/iniciales significan que ha revisado la información y es permisible, necesaria y razonable.