

Shasta Head Start Child Development, Inc.
PLAN DE TRANSICIÓN INDIVIDUAL



Marcar las casillas que aplican:		
<input type="checkbox"/> 2 años y ½ (30 meses)	<input type="checkbox"/> Durante el Año Escolar, también incluye →	<input type="checkbox"/> Formulario de Cambio en la Familia
	<input type="checkbox"/> Fin de Año, también incluye →	<input type="checkbox"/> Paquete de Transición (Kínder)

Fecha: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Nombre del Niño : _____ Fecha de Nacimiento : _____

Idioma Primario: _____

Transición de: _____ Transición hacia: _____

Perfil y Metas de la Familia

Resumen de las Fortalezas y Desarrollo del Niño

Resumen del Estado Emocional y de la Salud del Niño

Ideas para una Transición Tranquila
Rutinas/Rituales:
Objetos Familiares:
Actividades/Canciones Favoritas:

Plan de Acción/Plazo para las Actividades de Transición
--

Los Padres harán...	El Personal hará...	¿Cuándo?

Firma de Asistencia

1. _____ Padre/Tutor	3. _____ Miembro del Personal
2. _____	4. _____
I.T.P. Completado en: <input type="checkbox"/> *Reunión <input type="checkbox"/> Visita a Casa <input type="checkbox"/> Conferencia	

Información ingresada en ChildPlus
 Amarillo: Padre/Tutor

Blanco: Archivo del Niño