

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



<b>Marcar las casillas que aplican:</b>		
<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:

<b>Plan de Acción/Plazo para las Actividades de Transición</b>
--

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

<b>Firma de Asistencia</b>
----------------------------

1. _____ Padre/Tutor	3. _____ Miembro del Personal
2. _____	4. _____
<b>I.T.P. Completado en:</b> <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