Shasta Head Start Child Development, Inc. California Department of Education-Child Development Division

Metas del Niño y el Progreso del Desarrollo



Nombre del Niño:		Fecha de la C	Fecha de la Conferencia: Lugar:				
Est	te formulario describe el progreso del desarro Los niños son personalmente y so Los niños muestran competencia	ocialmente competente a física y motora	Los niños son estudiantes Los niños están seguros y	s eficaces y saludables 1 de			
	Las fortalezas de su niño ind	Las áreas en que su niño está tra	ibajando incluyen				
Ì	Metas del Niño - ¿Qué desea usted?	(Use las meta	as del I.E.P. / C.S.T. cuando sea apropiado)	Número de Medida			
#1				¿Qué tan seguidoz/Encierre uno) EHS 4x en 8 Semanas (o) HS 2x en 8 Semanas			
META	Personal- Actividades/Oportunidades que p	<u>roporcionaremos</u> :					
	Familia- Actividades/Oportunidades que ust	ted proporcionará:					
	Metas del Niño - ¿ Qué desea usted?	(Use las meta	as del I.E.P. / C.S.T. cuando sea apropiado)	Número de Medida			
				¿Qué tan seguido; [Enclerre uno] EHS 4x en 8 Semanas (o) HS 2x en 8 Semanas			
ETA #2	Personal- Actividades/Oportunidades que p	<u>roporcionaremos</u> :					
Σ	Familia- Actividades/Oportunidades que ust	t <u>ed proporcionará</u> :					
	Fir	mas de la Prime	era Conferencia				
F	irma del Padre	Fecha	Fecha Firma del Personal del Desarrollo de				
F	irma de la Trabajadora Familiar	Fecha	Firma del Personal del Desarrollo del N	Niño Fecha			
АТ	TTENDED REVIEWED (circle one)						

Shasta Head Start Child Development, Inc. California Department of Education-Child Development Division



Metas del Niño y el Progreso del Desarrollo

Actualización de las Metas del Niño

Nombre	del Nino:			Fecha de	la Conferencia	a: Lugar: ַ					
			S	Seguimiento de la N	leta Inicial del N	liño					
Meta #		Medida #	Nivel de l	Desarrollo Anterior		Actual Nivel de Desarrollo		Meta Completada			
								Sí o No			
								Sí o No			
	Metas de	L El Niño - ¿Oué dese	ea usted?	(<i>Use las mi</i>	etas del I.E.P. / C	S.T. cuando sea apropiado)	Núme	ro de Medida			
								tan seguido _{7 (Enclerre uno)}			
							HS 2x	x en 8 Semanas (o) en 8 Semanas			
#	Porconal	Actividados/Opor	ertupidados quo	proporcionaromos:							
—	reisonai	Personal- Actividades/Oportunidades que proporcionaremos:									
META #	F:!!	A - + : : : - (O + -		- 4 -4							
Familia- Actividades/Oportunidades que usted proporcionará:											
	Metas del Niño - ¿Oué desea usted? (Use las metas del I.E.P. / C.S.T. cuando sea apropiado)						Número de Medida				
							¿Qué FHS 4	tan seguido? (Encletre uno) x en 8 Semanas (o)			
								en 8 Semanas			
2	Persona	ıl- Actividades/Op	portunidades q	ue proporcionaren	10S:						
#											
.≪											
META #2											
	Familia-	Actividades/Oporti	tunidades que u	sted proporcionará:							
Firmas de la Segunda Conferencia											
Fi	rma del Pa	adre		Fecha	Firma del l	Personal del Desarrollo del	Niño	Fecha			
Firma de la Trabajadora Familiar Fecha Firma del Personal del D						Personal del Desarrollo del	Niño	Fecha			
АТ	ATTENDED REVIEWED (circle one)										
I		(0.0 00)									