



# CCDP Head Start In-Kind



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

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) <b>LA ACTIVIDAD/LIBRO DEBE ESTAR LISTADA</b>	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									
Crecimiento del Currículo de los Grandes Niños									
T.S. Gold / Ready Rosie									
IEP o Conferencia Objetivos									
<b>Totales (solo para uso en la oficina)</b>									

Nombre del personal: \_\_\_\_\_

Nombre del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Imprimir)

**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.