



Mes:	Año:	Kids on the Move EHS
Niño:	Programa (HB/CB):	
Nombre del adulto 1:	Maestra/educadora familiar:	
Nombre del adulto 2:		

	Adulto 1:	Adulto 2:	Minutos totales: (a totalizar por el personal)
Tiempo dedicado a las Metas del Niño escritas para apoyar el plan de estudios (actividades diarias)			
Tiempo dedicado a trabajar en las metas del plan de servicio familiar individualizado o IFSP (solo para intervención temprana)			
Tiempo dedicado a leerle al niño, además del de las Metas del Niño			
Tiempo dedicado a trabajar en las Metas de Salud y Nutrición Infantil			
Tiempo dedicado a completar la Evaluación de Desarrollo Familiar			
Tiempo dedicado al reclutamiento para Head Start			
Tiempo dedicado a transportar al niño a citas médicas, dentales y de salud mental y a acompañarlo para Cumplir con los Requisitos de EHS.			
Tiempo dedicado a leer y prepararse para el Consejo de Pólizas o el Comité de Padres			



Tiempo dedicado a ser voluntario en actividades de participación para padres, Play School o en el salón de clases.			
--	--	--	--

Por favor, haga un breve resumen de **CADA META DEL NIÑO LISTADA:**

Meta del niño para apoyar el plan de estudios	
Metas de salud y nutrición	
Metas del IFSP	

Millas totales donadas:

Millas para llevar al niño al médico, dentista, consejero, etc. SEGÚN LOS REQUISITOS DE LA EHS	
--	--

Tiempo total de visitas a domicilio: _____

Firma de adulto 1:	Fecha:
Firma de adulto 2:	Fecha:
Firma del personal de EHS:	Fecha:

Si existe millaje, por favor comente:

Comentarios del personal:

Solo para uso fiscal

Tiempo total
(del tiempo de la
visita domiciliaria):

Kilometraje total:

Minutos en especie totales: