PINELLAS COUNTY SCHOOLS

Servicios de educación alternativa

Reporte diario para niños e infantes

Nombre del niño _____ Fecha _____

Sección para los padres

Horario de llegada: _____ ¿Cómo durmió su niño anoche? _____

Fórmula: _____ ¿Desayunó en la casa? ☐ Si ☐ No

¿Estado de ánimo al llegar? ☐ Contento ☐ Ok ☐ Soñoliento ☐ Malhumorado ☐ Llorando

La persona a a cargo notó: ☐ Nariz aguada ☐ Tos ☐ Congestionado

Temperature: A.M. = _____ P.M. = _____

☐ Rash ☐ Diarrhea ☐ Moretones ☐ Nada

¿Algún número de teléfono o información sobre la recogida hoy?

Comentarios

Sección para la persona que lo cuida

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00
Siestas								
Liquidos – (Oz.)								
Sólidos								
Pañales	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO
	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO
	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM

Pequeños accidentes/incidentes:

Comentarios del maestro: (comportamiento, logros)

Recogido por: _____ Tiempo _____