

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

**Head Start Preschool/Early Head Start
Pesquisa de Interesse para Pais**

Prezado Pai ou Mãe,

Você é a pessoa mais importante na formação e educação do seu filho. O Programa Head Start vai oferecer um evento para pais chamado "*Helping Your Child Do Well in School*" (Ajudar Seu Filho a Alcançar Êxito na Escola) no início do ano letivo. Recomendamos que você se junte a outros pais do Head Start para discutir e participar de atividades que são do seu interesse.

Favor assinalar **APENAS** os temas e/ou atividades em que você estiver interessado:

**How it can be met
(Office use only)**

I. Educação Pré-Escolar & Desenvolvimento Infantil

- | | |
|---|-------|
| ☐ Parentalidade Efetiva | _____ |
| ☐ Ajudar meu filho com habilidades de leitura precoce | _____ |
| ☐ Transição para o Jardim de Infância ou Head Start | _____ |
| ☐ Audição, infecções de ouvido e prevenção de perda auditiva | _____ |
| ☐ Apoiar o desenvolvimento de linguagem do meu filho | _____ |
| ☐ Reconhecer fala e linguagem características em crianças | _____ |
| ☐ Desenvolver um relacionamento com minha criança | _____ |
| ☐ Ensinar habilidades sociais para meu filho | _____ |

II. Educação de Adultos

- | | |
|--|-------|
| ☐ Obter meu diploma de GED/Ensino Médio | _____ |
| ☐ Procurar e manter um emprego | _____ |
| ☐ Obter treinamento profissional vocacional/técnico | _____ |
| ☐ Aprender inglês como segundo idioma | _____ |

III. Vida Familiar

- | | |
|---|-------|
| ☐ Participar de atividades com participação masculina/do pai | _____ |
| ☐ Participar de um grupo de empoderamento de mulheres | _____ |
| ☐ Participar de um grupo de suporte a avós | _____ |
| ☐ Participar em um grupo de pais | _____ |
| ☐ Melhorar relacionamentos familiares | _____ |
| ☐ Orçamento, Economia e Melhoria do Crédito | _____ |
| ☐ Planejar refeições nutritivas | _____ |
| ☐ Noções de saúde e bem-estar | _____ |
| ☐ Aprender sobre questões de saúde | _____ |
| ☐ Aprender sobre CPR/Primeiros Socorros/Segurança | _____ |
| ☐ Desenvolver autoestima e autoconfiança | _____ |
| ☐ Controlar a emoção adulta | _____ |
| ☐ Corrigir o comportamento negativo da criança | _____ |
| ☐ Compreender as várias culturas | _____ |

Há outros temas que você gostaria de acrescentar à pesquisa? _____

Qual é sua preferência de dia(s) e horário(s) para participar das reuniões de pais? **Marque a(s) sua(s) escolha(s) com um círculo:**

Segunda ☐	Terça ☐	Quarta ☐	Quinta ☐	Sexta ☐
Manhã: 7:30–8:30 ☐	Tarde: 14:00–15:00 ☐	Noite: 18:30–19:30 ☐		

Pai/Responsável

Nome da Criança

Escola

Professor

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

(Portuguese)

Head Start Preschool/Early Head Start

Os Pais Como Parceiros

(Parents as Partners)

NOME DO PAI/MÃE: _____ NOME DA CRIANÇA: _____

ESCOLA: _____ TELEFONE: _____

A participação dos pais é uma parte essencial dos programas pré-escolares e é uma ótima maneira dos pais se envolverem com a educação de seus filhos. Abaixo, favor assinalar a(s) área(s) em que você vai participar no processo de tomada de decisões na escola, em casa ou em sua comunidade. A sua participação é um passo para garantir o êxito do seu filho no futuro. **OBRIGADO!**

ASSINATURA DO PAI/MÃE: _____ DATA: _____

I. NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES

- ___ Conselho de Normas do Programa Head Start (4ª segunda-feira de cada mês)
- ___ Auto-Avaliação do Programa
- ___ Comitê de Pais da Pré-Escola (em sua escola durante o ano todo)
- ___ PTA/PTO/Conselho Consultivo/Equipe de Melhoramento Escolar (varia de acordo com a escola)

II. NA ESCOLA

- ___ Dar assistência a grupos individuais ou pequenos grupos de crianças em projetos especiais, ler histórias, praticar o vocabulário, projetos de cozinha e habilidades da vida prática (como escovar os dentes, lavar as mãos, arrumar a mesa, etc)
- ___ Compartilhar recursos e talentos pessoais de diversas origens étnicas e experiências, tocar um instrumento musical e falar no Dia de Carreira
- ___ Ajudar os professores na preparação de materiais didáticos, limpar os brinquedos e tapetes, manter registros, atualizar o quadro de avisos para pais, interpretar outros idiomas, acompanhar nas excursões escolares, ajudar no horário das refeições, festividades ou atividades especiais, e supervisionar crianças durante as atividades para pais
- ___ Ajudar no centro de mídia, na clínica ou na secretaria.
- ___ Outro:

III. EM CASA

- ___ Contatar os pais a respeito das atividades planejadas
- ___ Criar itens para a sala de aula, como jogos, almofadas, aventais, álbuns, etc.
- ___ Lavar itens em casa, como as roupas de fantasia do centro doméstico
- ___ Coletar materiais para a classe (materiais recicláveis, etc.)
- ___ Outro:

IV. NA COMUNIDADE

- ___ Recrutar outros voluntários
- ___ Coletar materiais sobre recursos da comunidade
- ___ Compartilhar informações sobre o Head Start com outras famílias de seu bairro e comunidade
- ___ Outro:

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

**Head Start Preschool/Early Head Start
Preliminary Family Assessment**

A major goal of the preschool program is to form a partnership with individual families to encourage family growth and development. The Family Service Staff will support your family in accomplishing goals based on your interests and concerns. Please check the areas in which you may need assistance. A staff member will contact you to follow up on the information below.

Print Name of Parent/Guardian

Print Child's Name

Date

School

(Check One)

1. Does your child need after-school care because there is no adult supervision available at home? ☐ Yes ☐ No
2. Do you have any other children under 13 who need childcare or after school care? ☐ Yes ☐ No
3. Is anyone in your household unemployed and looking for a job? ☐ Yes ☐ No
4. Is anyone in your household interested in adult education (GED, ESOL) or job training? ☐ Yes ☐ No
5. Does anyone in your household need health insurance? ☐ Yes ☐ No
6. Is anyone in your household disabled or in need of medical care and not receiving assistance? ☐ Yes ☐ No
7. Does anyone in your household want help in handling stressful situations, such as use of alcohol, drugs, or family problems? ☐ Yes ☐ No
8. Please list any other concerns (food, clothing, housing, legal, etc.)
