

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

Head Start/Early Head Start

Encuesta sobre temas de interés para padres

Estimado padre,

Usted es la persona más importante en el desarrollo y la educación de su hijo(a). Es así que, al inicio del año escolar el Programa Head Start ofrecerá la Reunión de padres "Ayude a su hijo para que le vaya bien en la escuela". Le animamos a que se una a otros padres de Head Start para discutir y participar en actividades de interés para usted.

Por favor, **SOLO** marque los temas o actividades que más le interesen:

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

I. Educación preescolar y desarrollo del niño

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Criar de una manera efectiva | <input type="text"/> |
| ☐ Ayudar a mi hijo(a) con habilidades de lectura temprana | <input type="text"/> |
| ☐ La transición al kindergarten o a Head Start | <input type="text"/> |
| ☐ La audición, las infecciones del oído y la prevención de la pérdida auditiva | <input type="text"/> |
| ☐ Apoyar el desarrollo del lenguaje de mi hijo(a) | <input type="text"/> |
| ☐ Reconocer el desarrollo típico del habla y lenguaje en los niños | <input type="text"/> |
| ☐ Crear una relación con mi hijo(a) pequeño(a) | <input type="text"/> |
| ☐ Enseñar habilidades sociales a mi hijo(a) | <input type="text"/> |

II. Educación para adultos

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Obtener mi diploma de Educación Secundaria/GED | <input type="text"/> |
| ☐ Buscar y mantener un trabajo | <input type="text"/> |
| ☐ Obtener entrenamiento técnico/vocacional para trabajar | <input type="text"/> |
| ☐ Aprender inglés como segundo idioma | <input type="text"/> |

III. Vida familiar

- | | |
|---|----------------------|
| ☐ Participar en actividades donde el padre o una figura masculina estén involucrados | <input type="text"/> |
| ☐ Participar en un grupo de Empoderamiento de las Mujeres | <input type="text"/> |
| ☐ Participar en un Grupo de apoyo para abuelos | <input type="text"/> |
| ☐ Participar en un Grupo para padres | <input type="text"/> |
| ☐ Mejorar las relaciones familiares | <input type="text"/> |
| ☐ El presupuesto, el ahorro y la mejora del crédito | <input type="text"/> |
| ☐ Planear comidas nutritivas | <input type="text"/> |
| ☐ La comprensión de la salud y el bienestar | <input type="text"/> |
| ☐ Aprender sobre los problemas de salud | <input type="text"/> |
| ☐ Aprender sobre RCP/Primeros auxilios/Seguridad | <input type="text"/> |
| ☐ El desarrollo de la autoestima y la confianza | <input type="text"/> |
| ☐ El control de las emociones en los adultos | <input type="text"/> |
| ☐ Corregir el comportamiento negativo de los niños | <input type="text"/> |
| ☐ La comprensión de diferentes culturas | <input type="text"/> |

¿Hay algún otro tema que le gustaría añadir a la encuesta?

¿Qué día y a qué hora preferiría asistir a la Reunión de padres? **Haga un círculo alrededor de sus preferencias:**

Lunes ☐
 Martes ☐
 Miércoles ☐
 Jueves ☐
 Viernes ☐

Mañana: 7:30 a.m. – 8:30 a.m. ☐
 Tarde: 2:00 p.m. – 3:00 p.m. ☐
 Noche: 6:30 p.m. – 7:30 p.m. ☐

Padre/Tutor legal

Nombre del estudiante:

Escuela

Maestro(a)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

(Spanish)

Head Start Preschool/Early Head Start

Padres Como Socios

(Parents As Partners)

Nombre del Padre: _____ Nombre del Niño: _____

Escuela: _____ Teléfono: _____

La participación de los padres es una parte esencial de los programas preescolares y una forma excelente para que los padres se involucren en la educación de sus hijos. A continuación, por favor marque las áreas en las que usted participará del proceso de tomar decisiones en la escuela, en el hogar o en su comunidad. Su participación es un paso adelante para asegurarle un futuro exitoso a su hijo. **¡GRACIAS!**

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

I. EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES

- ___ Consejo de Normas de *Head Start* (*Head Start Policy Council*) (4º lunes de cada mes)
- ___ Evaluación del programa (*Program Self-Assessment*)
- ___ Comité de Padres de Preescolar (en su escuela a través del año)
- ___ PTA/PTO/Consejo de Asesoría/Equipo de Mejoramiento Escolar (varía por escuela)

II. EN LA ESCUELA

- ___ Ayudando individualmente o a grupos pequeños de niños con proyectos especiales, leyéndoles cuentos, practicando el vocabulario, proyectos de cocina, y habilidades prácticas de la vida (tales como lavarse los dientes, las manos, poner la mesa, etc.)
- ___ Compartiendo recursos y talentos personales sobre sus antecedentes étnicos y experiencias, tocando un instrumento musical y hablando el Día de las Carreras/ Profesiones (*Career Day*)
- ___ Ayudando a los maestros a preparar materiales de aprendizaje, limpiando los juguetes y los colchones, archivando, actualizando la información del tablero de anuncios, interpretando en otros idiomas, sirviendo de chaperón en excursiones, durante las comidas, los eventos de días festivos o actividades especiales, y cuidando niños durante las actividades para los padres
- ___ Ayudando en la biblioteca, la clínica o la oficina principal
- ___ Otro: _____

III. EN LA CASA

- ___ Comunicándose con los padres con respecto a las actividades planificadas
- ___ Creando cosas para la clase tales como juegos, almohadas, delantales, álbumes, etc. Lavando cosas en la casa tales como los
- ___ disfraces del centro de actividades domésticas Recogiendo materiales para la clase (reciclables, etc.)
- ___ Otro: _____

IV. EN LA COMUNIDAD

- ___ Reclutando a otros voluntarios
- ___ Recogiendo materiales de recursos comunitarios
- ___ Hablándole sobre *Head Start* a otras familias en su vecindario y en la comunidad
- ___ Otro: _____

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Office of Academics
Early Childhood Education

(Spanish)

Head Start Preschool/Early Head Start

Evaluación Familiar Preliminar

(Preliminary Family Assessment)

Una meta importante del programa preescolar es formar una sociedad con familias individuales para fomentar el crecimiento y el desarrollo de la familia. El personal de *Family Service* apoyará a su familia para alcanzar las metas basadas en sus intereses y preocupaciones. Por favor, marque las áreas en las que usted podría necesitar ayuda. Un miembro del personal se comunicará con usted para darle seguimiento a la información que aparece a continuación.

Escriba en letra de molde el nombre del padre/tutor legal

Escriba en letra de molde el nombre del niño

Fecha

Escuela

(Marque con un círculo)

1. ¿Su hijo necesita servicios de guardería después del horario escolar porque en el hogar no hay supervisión adulta disponible? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tiene otros hijos menores de 13 años que necesitan cuidados o servicios de guardería después del horario escolar? Sí ☐ No ☐
3. ¿Hay alguien en su hogar desempleado y que está buscando trabajo? Sí ☐ No ☐
4. ¿Hay alguien en su hogar interesado en la educación para adultos (GED, ESOL) o entrenamiento para trabajar? Sí ☐ No ☐
5. ¿Hay alguien en su hogar que necesita seguro médico? Sí ☐ No ☐
6. ¿Hay alguien en su hogar incapacitado o que necesita cuidados médicos y no está recibiendo ayuda? Sí ☐ No ☐
7. ¿Hay alguien en su hogar que desee ayuda para enfrentar situaciones estresantes como el uso del alcohol, las drogas o problemas familiares? Sí ☐ No ☐
8. Por favor, enumere cualquier otra preocupación (comida, ropa, alojamiento, legal, etc.)
