

☐ 1st School Readiness HV ☐ 2nd School Readiness HV
☐ 1st P/T ☐ 2nd P/T ☐ 3rd P/T
☐ 1st FHV ☐ 2nd FHV ☐ 3rd FHV ☐ 4th FC ☐ OC

FS/PE 7a3

LOC ID _____

Family Contact Form

Lower Columbia College Head Start/ECEAP

Contacto con la familia

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

¿Quiénes estuvieron presentes? _____ Lugar: _____

Asistencia: _____

Participación familiar/Seguimiento (*¿Qué ocurrió en la visita? Plan*):

Meta de la familia/Actualización:

Educación: (*ASQ/Meta de preparación escolar/Actividad/Ideas de padres para la clase/Aprendizaje en casa*)

Necesidades/Referencias (transporte, comida, etc.): _____

Salud		
Tema	Información proveída al padre/tutor	Información proveída por el padre/tutor
Examen físico		
Examen dental		
Nutrición		
Especialistas		
Actividades físicas		

Otros temas revisados (encuestas, etc.): _____

Plan:

Reunión de padres/Noche familiar: _____ Fecha: _____

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de personal: _____ Duración: _____

Distribution: White – Parent

Yellow – Site File

(C: 03/98; R: 01/19)