



**Early Learning Program**

-Programa de Aprendizaje  
Para la Primera Infancia-

## Plan Centrado en el Niño – Child Centered Plan Para Ayudar a una Exitosa Transición al Kindergarten

Nombre del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Maestro/a del Head Start o Pre K:

Email del Maestro:

Localidad del Head Start o Pre K:

Escuela para el Kindergarten:

Mi hijo/a no asistió a Head Start, PreK, o Preescolar.

**Me siento orgulloso/a porque mi niño/a sabe:**

**Lo que más le interesa a mi hijo/a es:**

**Qué tipo de apoyo le gusta a mi hijo/a:**

**Lo que puede afectar negativamente a mi niño/a:**

(por ej.: estar cansado, la hora que es, como se le dan las órdenes, el medio ambiente, lo que es problemático en casa)

**Estoy contenta de que mi niño/a va a aprender a:**

**Deseo participar en la educación de mi hijo/a así:**

Padre de Familia o Tutor:

Fecha:

*Sírvase entregar al maestro o maestra de kindergarten. Se guardará una copia de este formulario en el expediente del alumno.*