

UTRGV - PSJA - EHS - CC Partnership Program



FIRST HOME VISIT

Child's Name/*nombre del niño(a)*: _____ Date/*fecha*: _____

Time/*hora*: _____ Classroom/*salón de clase*: _____ Teacher/*maestro(a)*: _____

1. What are your child's favorite activities to do at home? / *¿Qué actividades favoritas hace su hijo(a) en su hogar?*

2. What are some goals that we can work on together to help your child in his/her development? / *¿Cuáles serían algunas metas en las que podríamos trabajar juntos para ayudar al desarrollo de su hijo(a)?*

3. Does your child have any special needs? / *¿Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial?*

4. Are you available to volunteer in the classroom or on campus? / *¿Esta usted disponible para ser voluntario(a) en el salón de clases o en el campus?*

5. Questions or comments / *Preguntas o comentarios:*

Parent's Printed Name/*nombre del padre*

Parent's Signature/ *firma del padre*

date/*fecha*

Teacher's Signature/*firma de maestro(a)*

date/*fecha*

Center Manager/ Director Signature/ *firma de gerente / director*

date/*fecha*