

**THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA**  
 Academics  
 Head Start/Early Intervention Department

**Head Start/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 \_\_\_\_\_
- Orçamentação, 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:**

<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Manhã: 7:30–8:30</b>		<b>Tarde: 14:00–15:00</b>		<b>Noite: 18:30–19:30</b>

\_\_\_\_\_  
 Pai/Responsável

\_\_\_\_\_  
 Nome da Criança

\_\_\_\_\_  
 Escola

\_\_\_\_\_  
 Professor

**THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA**

Academics  
Head Start/Early Intervention Department

(Portuguese)

**Head Start/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:

*White - Teacher*

*Yellow - District Staff*

3/24/15 - RP

MEPSD<Por#193/jl/04/12>

Document translated by Multicultural, ESOL and Program Services Department (04/12)

**Head Start/Early Head Start**  
**Avaliação Preliminar da Família**  
*(Preliminary Family Assessment)*

Um dos objetivos principais do programa pré-escolar é formar parcerias com as famílias individuais para incentivar o crescimento e o desenvolvimento da família. A Equipe de Serviços à Família apoiará a sua família na realização das metas, com base nos seus interesses e preocupações. Favor assinalar as áreas nas quais você pode precisar de assistência. Um membro da equipe entrará em contato para dar seguimento às informações abaixo.

\_\_\_\_\_  
Nome do Pai/Mãe/Responsável em Letra de Forma

\_\_\_\_\_  
Nome da Criança em Letra de Forma

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Escola

**(Faça um círculo em um)**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. O seu filho precisa de supervisão depois da escola porque não há supervisão adulta disponível em casa?  | Sim | Não |
| 2. Você tem algum outro filho menor de 13 anos que precisa de cuidados ou de supervisão depois da escola?  | Sim | Não |
| 3. Há alguém na sua família que está desempregado e procurando emprego?  | Sim | Não |
| 4. Há alguém na sua família que está interessado em educação para adultos (GED, ESOL) ou treinamento profissional?                                 | Sim | Não |
| 5. Há alguém na sua família que precisa de seguro de saúde?  | Sim | Não |
| 6. Há alguém na sua família que está debilitado, ou precisa de cuidados médicos, e não está recebendo assistência?                                 | Sim | Não |
| 7. Há alguém na sua família que precisa de ajuda para lidar com situações estressantes, tal como o uso de álcool, drogas, ou problemas de família? | Sim | Não |
| 8. Favor indicar quaisquer outros problemas (alimentação, roupas, habitação, problemas legais, etc.)   |     |     |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Head Start/Early Head Start Program  
2022-2023 School Year**

**Acknowledgement of Parent Handbook, Services,  
Policies, Procedures and electronic document submissions**

**(Reconhecimento do Manual dos Pais, Serviços,  
Políticas, procedimentos e envio de documentos eletrônicos)**

Eu li e revisei a cópia eletrônica do Manual dos Pais do Head Start / Early Head Start. (<https://www.browardschools.com/Page/52802>)

Eu entendo que para me inscrever no Early Head Start ou Head Start, devo fornecer informações confidenciais às Escolas Públicas do Condado de Broward, Head Start / Early Intervention Department, que serão alojadas no ChildPlus Database Management System. Ao assinar este formulário, concordo em fornecer a inscrição necessária e informações adicionais de saúde para meu (s) filho (s).

Parent Name:

Child's Name:

School:

Parent Signature:

**THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA**

Academics

Head Start/Early Intervention Department

POR

**Head Start/Early Head Start PIR**

Nome \_\_\_\_\_ Escola \_\_\_\_\_ CPID \_\_\_\_\_

Você recebe atualmente o WIC? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Você recebe atualmente Food Stamps / SNAP? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

Há pelo menos um (1) pai ou responsável atualmente em serviço ativo com os militares dos EUA? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não

É pelo menos um (1) pai ou responsável um veterano das forças armadas dos EUA? \_\_\_\_ Sim \_\_\_\_ Não