

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA
 Academics
 Early Childhood Education 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:**

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

 Pai/Responsável

 Nome da Criança

 Escola

 Professor

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics
Early Childhood Education 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 (última quinta-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

7/2024 SB

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.) | | |

