

**Community Service Head Start
Transition Summary / Resumen De Transicion**

Child's Name: _____ Birth Date: _____
 Center: _____ Teacher: _____
 Date: _____

IEP

Please complete the following information. Your suggestions will assist in the child's transition process.

Favor de completar la siguiente informacion. Sus sugerencias ayudaran el proceso de transicion de su hijo/a.

Approaches to Learning/ Estilo de aprendizaje	Nature/Science / Ciencias Naturales
Creative Arts / Artes Creativas	Physical Health Practices / Practicas de salud fisica
Early Math / Principios de matematicas	Social Emotional Development/ Desarrollo social y emocional
Fine/Gross Motor Development / Desarrollo de motricidad fina y gruesa	Family Information (Home language, best way to communicate, strengths, concerns) / Informacion de la familia (Lengua madre, mejor manera de comunicarse con ustedes)
Language/Literacy Lenguaje y alfabetizacion	
Recommendations for follow-up when the child enter site or school. / Recomendaciones de seguimiento para el ingreso del nino/a a la escuela publica.	Health/Nutrition Concerns (including need for follow-up, screenings/exams, medications, other medical conditions) Inquietudes sobre salud/nutricion (incluyendo valoraciones/pruebas, medicamentos, otras condiciones medicas)