

Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium
TRANSITION SUMMARY/RESUMEN DE TRANSICION
2021-2022

Child's name/Nombre del niño: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Teacher/Maestra: _____ Site/Plantel de HS: _____

District/Distrito: _____ Transitioning To: _____

EHS/HS Manager: _____ Date/Fecha: _____

Returning to EHS Returning to EHS CC Returning to HS Had an IFSP Had an IEP Had a Behavior Plan

Attended _____ days of Early Head Start out of _____ days Enrollment Date: _____

Attended _____ days of Early Head Start CC out of _____ days Enrollment Date: _____

Attended _____ days of Head Start out of _____ days Enrollment Date: _____

Please complete the following information. Attach child's COR Summary Sheet and Letter Identification sheet for child. 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	Science and Technology/Ciencias Naturales y Tecnologia
Creative Arts/Artes Creativas	Physical Health and Development/Practicas de salud fisica y desarrollo
Mathematics/matematicas	Social Studies/estudios sociales
Health/Nutrition Concerns/Preocupacion de Salud/Nutrición 1. Does this child have any Health Concerns? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 1. ¿El niño tiene algún problema de salud? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 2. Does this child take medication for a diagnosed Health Concern? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 2. ¿El niño toma medicación para un problema de salud diagnosticado? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 3. Does this child have any food allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 3. ¿El niño tiene alguna alergia alimentaria? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 4. Does this child require a special diet? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 4. ¿El niño requiere una dieta especial? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Family Information/ (Home language, best way to communicate, strengths, concerns)/Informacion de la familia (Lengua madre. Major manera de comunicarse con ustedes)
Recommendations for follow-up when the child enters next site or school/Recomendaciones de seguimiento para el ingreso del niño/a a la escuela pública.	Social Emotional Development/Desarrollo social y emocional Social/Behavior (Treatment/Med/Behavior Plan) /Social/Comportamiento (Tratamiento/Med/Plan de Comportamiento)
Language/Literacy and Communication/Lenguaje y alfabetización y comunicación	In Mental Health TX <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Behavior Plan <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

To request file, contact Head Start office at (574) 393-5864/Para pedir expediente comuníquese at @ (574) 393-5864.

Teacher Signature and Date _____