

Plan Activo de Supervisión

Día que se Desarrolló el Plan: _____

Educador(es) Nombre(s): _____

Maestro(s) Asistente/Personal Adicional de Apoyo: _____

Tipo de Programa: (por favor circule) AM PM Día Completo HB (Basado en el Hogar)

Local: _____



Llegada y Firma de Entrada:

Planificación para ir al Baño y Cambio de Pañal (Adentro y Afuera):

Transición del Interior al Exterior:

Transición del Exterior al Interior:

Horarios de Comida:

Horarios de la Siesta:

Salida y Firma de Salida:

Zonificación del Personal y Comunicación (Interior y exterior):

Sistema de conteo del Niño para Todas las Transiciones (que incluya una pantalla de visualización del conteo del niño):

Copia- Administrador de la Agencia

Copia-local

Sistema de Planificación para los Niños que Necesiten Extra Apoyo:

Aprobación del Maestro(a): _____

Fecha: _____

Aprobación del Maestro(a): _____

Fecha: _____

Aprobación del Maestro(a): _____

Fecha: _____

Aprobación del Administrador del Local: _____

Fecha: _____

Other as Applicable: _____

Fecha: _____

Monitoreo de Supervisión Activa:

Fecha de Monitoreo:	Por Quién (Por favor escriba el nombre)	Comentarios:	Revisión necesaria
			S or N

Fecha de Revision: _____

Fecha de Revision: _____

Fecha de Revision: _____

Fecha de Revision: _____