

Family Name/Nombre Familiar \_\_\_\_\_ Child's Name/Nombre del Niño \_\_\_\_\_

**UMATILLA-MORROW HEAD START, INC.**  
FAMILY ACTIVITIES - ACTIVIDADES FAMILIARES

Center/Centro \_\_\_\_\_ Month/Mes \_\_\_\_\_

Home Visit Date/Fecha De La Visita En Hogar: \_\_\_\_\_

Topic-Activity During the Home Visit/Tema-Actividad Durante La Visita En Hogar:

Motor	Movimiento
Social	Social
Cognitive	Cognitivo
Self Help	Ayuda Propia
Communication	Comunicación
Health/Medical	Salud/Médica
Nutrition	Nutrición
Dental/Fluoride	Dental/Fluoruro
Safety	Seguridad
Mental Wellness	Bienestar Mental

Comprehensive Staffing Goal/Planilla De Meta Comprensiva Del Personal:

Teacher-Parent Selected Follow-up Goal/Meta Seleccionada A-Seguir Por el Maestro-Padre:

ACTIVITY/ACTIVIDAD:	DATE/FECHA	TIME/HORA
1.		
2.		
3.		
4.		

Parent Signature/Firma Del Padre \_\_\_\_\_

Approved by (H.V. Signature)/Aprovado Por (Firma Del Visitante) \_\_\_\_\_

**DO NOT WRITE BELOW THIS LINE/NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA**

(Office Use Only/Solo para Uso de Oficina)

TOTAL HOURS \_\_\_\_\_ PERSONNEL \_\_\_\_\_

TOTAL DONATED VALUE \_\_\_\_\_ SPACE \_\_\_\_\_