

**PINELLAS COUNTY SCHOOLS**  
 Servicios de educación alternativa  
 Reporte diario para niños e infantes

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Sección para los padres**

Horario de llegada: \_\_\_\_\_ ¿Cómo durmió su niño anoche? \_\_\_\_\_

Fórmula: \_\_\_\_\_ ¿Desayunó en la casa?  Si  No

¿Estado de ánimo al llegar?  Contento  Ok  Soñoliento  Malhumorado  Llorando

La persona a a cargo notó:  Nariz aguada  Tos  Congestionado

Temperature: A.M. = \_\_\_\_\_ P.M. = \_\_\_\_\_

Rash  Diarrhea  Moretones  Nada

¿Algún número de teléfono o información sobre la recogida hoy?

Comentarios

---



---



---



---

**Sección para la persona que lo cuida**

	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	1:00	2:00
Siestas								
Líquidos – (Oz.)								
Sólidos								
Pañales	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO	SECO
	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO	MOJADO
	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM	BM

Pequeños accidentes/incidentes:

---



---



---

Comentarios del maestro: (comportamiento, logros)

---



---



---

Recogido por: \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_