

Parent Observation Guidelines for Preschool Programs

Name of Program: _____ Public or Private _____

Date: _____ Time: _____ # of Children in Class: _____

Names of Teacher & Administrator _____

Location: _____

Days: _____ School Hours: _____

Extended School Year? _____ Days: _____ School Hours: _____

Extended Day Care? _____ If no, transportation to day care? _____

THE LEARNING ENVIRONMENT

Activities I saw included:

- fine motor circle time art social interactions music
 gross motor books/stories fantasy/dress-up play speech/language

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. The equipment in the class is appropriate for my child | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Rooms are large enough for active play and quiet play | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Toys and materials can be reached by my child | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 4. My child's special equipment will fit in the space (if applicable) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 5. The outdoor play area is safe and appropriate for my child | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 6. The furniture in the rooms is arranged so that the teacher can see all children | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 7. The sink and toilet can be reached by my child | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 8. The rooms are clean and decorated with children's work | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Comments: _____

Questions: _____

PROGRAM AND ACTIVITIES

- There is a daily schedule Yes No
- The activities I see are appropriate for my child Yes No
- There are activities planned with non-disabled children Yes No
- Children are allowed to make choices Yes No
- Opportunities for structured play and free play Yes No
- Is the atmosphere in the classroom happy, relaxed? Yes No

Comments: _____

Questions: _____

FAMILY ACTIVITIES

- Parents may volunteer in the class Yes No
- Parent visits are encouraged Yes No
- Parents are a regular part of the program Yes No
- There is a parent support group Yes No
- The teacher communicates with parents using:
 - Notebooks Yes No
 - Phone calls Yes No
 - Email Yes No
 - Parent conferences Yes No
 - Home visits Yes No

Comments: _____

Questions: _____

PROGRAM STAFF

- Program staff have knowledge of the special needs in the class Yes No
- Number of staff meets needs of children Yes No
- The staff are sensitive to the cultural needs of the children Yes No
- Number of aides working in the classroom _____
- Do volunteers help in the classroom? Yes No

Comments: _____

Questions: _____

PROGRAM LOCATION

Is the school near my home? Yes No

Who provides transportation? Yes No

Will my child ride a bus? Take a taxi? Yes No

What is my child's commute time? _____

Comments: _____

Questions: _____

CHILD'S SPECIAL NEEDS

Will my child need to be potty-trained? Yes No

Will staff work on potty-training with my child? Yes No

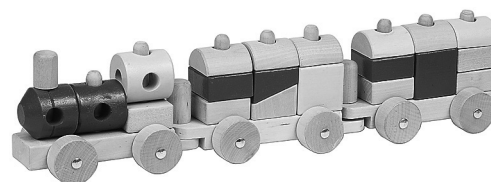
How does staff handle potty accidents? Yes No

Can I send in special food and/or medicine? Yes No

Who will feed my child and/or administer medication? _____

Comments: _____

Questions: _____



RELATED SERVICES FOR PRESCHOOL PROGRAMS: WHERE AND WHO?

Service/Goal	Provider's Name/Phone No.	Where is this service provided (at this site or another location)?
<i>Speech and Language</i>		
<i>Psychological and/or Behavioral</i>		
<i>Physical Therapy</i>		
<i>Occupational Therapy</i>		
<i>Services for visually or hearing impaired</i>		
<i>Bilingual services</i>		
<i>Specialized healthcare</i>		

Pautas para padres de Observación de los Programas Preescolares

Nombre del programa: _____ Público o privado

Fecha: _____ Hora: _____ # de niños en la clase: _____

Nombre del maestro y administrador: _____

Ubicación _____

Días: _____ Horas de Escuela: _____

Año escolar Extendido _____ Días: _____ Horas de Escuela: _____

Cuidado de Día Extendido _____ Si no, transporte a la guardería _____

EL ENTORNO DE APRENDIZAJE

Actividades que vi fueron:

- motricidad fina hora de círculo arte interacciones sociales musica
 motricidad gruesa libros/cuentos juegos de fantasía lenguaje

1. El equipo de la clase es apropiada para mi hijo Sí No
2. Las habitaciones son suficientemente grandes para juegos activos y juegos tranquilos Sí No
3. Los juguetes y los materiales pueden ser alcanzados por mi hijo Sí No
4. Equipos especiales de mi hijo van a caber en el espacio (si corresponde) Sí No
5. El área de juegos al aire libre es seguro y apropiado para mi hijo Sí No
6. Los muebles del cuarto estan arreglados para que el maestro pueda ver a los niños Sí No
7. Mi hijo puede alcanzar el inodoro y el lavamanos Sí No
8. Las habitaciones están limpias y decoradas con obras de los niños Sí No

Comentarios: _____

Preguntas: _____

PROGRAMAS Y ACTIVIDADES

- Hay un horario diariamente Sí No
- Las actividades que veo son apropiados para mi hijo Sí No
- Hay actividades planeadas con niños sin discapacidades Sí No
- A los niños se les permite tomar decisiones Sí No
- Oportunidades para el juego estructurado y el juego libre Sí No
- Hay una atmosfera feliz y relajada en la clase Sí No

Comentarios: _____

Preguntas: _____

ACTIVIDADES DE LA FAMILIA

- Los padres pueden ser voluntarios en la clase Sí No
- Visitas de los padres son animadas Sí No
- Los padres son regularmente parte del programa Sí No
- Hay un grupo de apoyo para padres Sí No
- El maestro se comunica con los padres mediante:
- Cuadernos Sí No
 - Llamadas telefónicas Sí No
 - Correo electrónico Sí No
 - Conferencias de padres Sí No
 - Visitas al hogar Sí No

Comentarios: _____

Preguntas: _____

PROGRAMA DEL PERSONAL

- El personal del programa tiene conocimiento de las necesidades especiales de los niños con discapacidades Sí No
- El personal se ajusta al número de niños Sí No
- El personal es sensible a las necesidades culturales de los niños Sí No
- Número de asistentes que trabajan en el aula _____

¿Ayudan voluntarios en la clase?

Sí No

Comentarios: _____

Preguntas: _____

PROGRAMA DE UBICACIÓN

¿Esta la escuela cerca de mi casa?

Sí No

¿Quién provee la transportación?

Sí No

¿Mi hijo viajara en autobús? ¿Lo llevara un taxi?

Sí No

¿Cuanto tiempo toma el viaje de mi hijo? _____

Comentarios: _____

Preguntas: _____

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO

¿Mi hijo necesita entrenamiento para ir al baño?

Sí No

¿El personal trabajara en el entrenamiento con mi hijo?

Sí No

¿Cómo maneja el personal los accidentes de baño?

Sí No

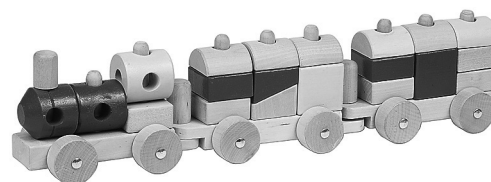
¿Puedo enviar alimentos y/o medicina especiales?

Sí No

¿Quién va a alimentar a mi hijo y/o administrar los medicamentos? _____

Comentarios: _____

Preguntas: _____



SERVICIOS RELACIONADOS PARA PROGRAMAS DE PREESCOLAR: DÓNDE Y QUIÉN?

Servicio/Meta	Proveedor de Servicios / Número de teléfono	Donde se brinda este servicio (en este sitio o en otro lugar?)
<i>Habla y Lenguaje</i>		
<i>Psicológica y/o del comportamiento</i>		
<i>Terapia Fisica</i>		
<i>Terapia Ocupacional</i>		
<i>Servicios para problemas visuales o auditivos</i>		
<i>Servicios bilingües</i>		
<i>Atención médica especializada</i>		