East Missouri Action Agency, Inc. Head Start

Tarea seminal- Leer

Fecha para entregar_____

Instrucciones para llenar las dos próximas líneas con su niño/a: Diga el nombre de cada letra cuando lo escriba.

Nombre de su niño/a:_____

Título del libro:_____

Preguntas para su niño/a: (El adulto/a escribe lo que el niño/a dice.)

1. ¿A ti te gustó éste libro?

2. ¿Qué te gustó de este libro o que no te gustó? O ¿Qué pasó en el cuento?

La firma de su niño/a:_____

Preguntas para el adulto/a:

Indique cuánto le gustó a su niño/a escuchar cuentos en la casa: 1 2 3 4 5
poquito mucho

¿Más o menos, cuántos libros leiste esta semana afuera de Head Start? __
(Incluye los libros que fueron leidos por otras personas o parientes.
Nota: Si un libro es leído 5 veces indica = 5 libros.

La firma del adulto/a:_____
*Adulto/a significa alguien mayor que lee al niño/a y llenar ésta forma.