

TRIP ACTIVITY PLAN
COLLEGE OF SOUTHERN IDAHO HEAD START/ EARLY HEAD START

F.E. NAME: _____	PARTICIPANTS	
NOMBRE DE EDUCADOR FAMILIAR:	PARTIPANTES	
DATE: _____	1. _____	21. _____
FECHA:		
DEPARTURE TIME: _____	2. _____	22. _____
HORA DE SALIDA:		
RETURN: _____	3. _____	23. _____
REGRESO:		
OBJECTIVE:	4. _____	24. _____
OBJETIVO:		
	5. _____	25. _____
	6. _____	26. _____
	7. _____	27. _____
	8. _____	28. _____
PREPARATION:	9. _____	29. _____
PREPARACION:		
	10. _____	30. _____
	11. _____	31. _____
	12. _____	32. _____
	13. _____	33. _____
RECALL:	14. _____	34. _____
RECORDAR:		
	15. _____	35. _____
	16. _____	36. _____
	17. _____	37. _____
CLASSROOM:	18. _____	38. _____
SALÓN DE CLASE:		
EXTENSION:	19. _____	39. _____
ENTENSION:		
	20. _____	40. _____

Destination Address/Direccion Destinaria:

EVALUATION:	Telephone Number: _____
EVALUACION:	No. De Telefono: _____

MATERIALS: _____

MEALS _____	PARENTS _____	CHILDREN _____	EMERGENCY CARDS _____
COMIDAS _____	PADRES _____	NIÑOS _____	TARGETAS DE EMERGENCIA _____
TRANSPORTATION	HS BUS <input type="checkbox"/>	PARENTS <input type="checkbox"/>	FE <input type="checkbox"/>
TRANSPORTACION	CAMION ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	PADRES <input type="checkbox"/>
		EF <input type="checkbox"/>	TRANS 4 <input type="checkbox"/>
			COMION PUBLICO <input type="checkbox"/>