



Plan de acción

Nombre del programa/proveedor	Fecha
-------------------------------	-------

Tema del plan de acción		
<input type="checkbox"/> Sesión de ChildNet N.º ____	<input type="checkbox"/> EC-PBIS-FCC Mod. N.º ____ Lección N.º ____	<input type="checkbox"/> PITC de Iowa Mod. N.º ____ L. N.º ____
<input type="checkbox"/> Plan de mejora de ChildNet	<input type="checkbox"/> EC-PBIS-IT Mod. N.º ____ Lección N.º ____	<input type="checkbox"/> Políticas
<input type="checkbox"/> Cumplimiento	<input type="checkbox"/> Go NAPSACC Actividad física <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Categoría de QRIS/IQ4K _____
<input type="checkbox"/> EC-PBIS Mod. N.º ____ Lección N.º ____	<input type="checkbox"/> Categoría de salud y seguridad _____	<input type="checkbox"/> Otro _____

Mejores prácticas
Objetivo en el que trabajaré en mi programa:

Plan de acción			
Pasos de acción:	Recursos/Necesidades:	Persona responsable:	Fecha objetivo:

Notas

Revisión			
Fecha	<input type="checkbox"/> Sé que logré este objetivo porque:	<input type="checkbox"/> Estoy progresando hacia mi objetivo y seguiré implementando mi Plan de acción.	<input type="checkbox"/> Necesito hacer cambios en mi Plan de acción para lograr este objetivo revisando el objetivo o cambiando los pasos.

Firma del representante del programa	Fecha
Firma del asesor de cuidado infantil de CCR&R	Fecha