ESCUELA NORMAL DE EDUCACIÓN PREESCOLAR

Licenciatura en Educación preescolar

Ciclo escolar 2020 – 2021



PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN

Nombre de la alumna:

MARIANA GARCÍA FLORES #4

SARA YAMILET GOMÉZ HERNANDEZ #5

Grupo: 2ºA

Docente: Gerardo Garza Alcalá

Unidad de aprendizaje III. Planear y evaluar: integración de saberes y desafíos para la enseñanza y el aprendizaje.

Competencias de la unidad de aprendizaje

* Elabora diagnósticos de los intereses, motivaciones y necesidades formativas de los alumnos para organizar las actividades de aprendizaje, así como las adecuaciones curriculares y didácticas pertinentes.
* Selecciona estrategias que favorecen el desarrollo intelectual, físico, social y emocional de los alumnos para procurar el logro de los aprendizajes.
* Diseña escenarios y experiencias de aprendizaje utilizando diversos recursos metodológicos y tecnológicos para favorecer la educación inclusiva.
* Evalúa el aprendizaje de sus alumnos mediante la aplicación de distintas teorías, métodos e instrumentos considerando las áreas, campos y ámbitos de conocimiento, así como los saberes correspondientes al grado y nivel educativo.
* Elabora propuestas para mejorar los resultados de su enseñanza y los aprendizajes de sus alumnos.

Saltillo, Coahuila de Zaragoza. 10/06/2021

FICHA SOCIO ECOMICA

1. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Nombre completo:

Fecha de nacimiento: Edad: Sexo:

Curp: Grado: Grupo:

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del tutor:

1. DATOS DEL JARDÍN DE NIÑOS

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clave: Zona escolar:

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero: Código postal CP:

Ciudad: Estado:

1. DATOS DE LA MADRE

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. DATOS DEL PADRE

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. DATOS DE SALUD

Seguro médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero afiliado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información suministrada por el padre o madre del alumno**

¿Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control médico periódico?

Si……………. No…………… ¿Cuál?: ………………………………….

¿Fue internado alguna vez?

Si…………….No…………….¿Por qué?...................................................

¿Tiene algún tipo de alergia?

Si……………. No…………… ¿A qué?.....................................................

Describa sus manifestaciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe tratamiento permanente?

Si…………….. No………….. ¿De qué? …………………………………

1. ANTECENDENTES FAMILIARES

Marque si presenta antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías:

* Diabetes
* Hipertensión arterial
* Asma bronquial
* Bronquitis crónica
* Convulsiones
* Otras: ¿Cuáles?

**Doy fe de la validez, veracidad y precisión de todos los datos en este documento. y/o tutor.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Nombre y firma del padre                      Nombre y firma de la madre Nombre y firma del tutor(a)