**AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

1. **Datos de Identificación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escuela Normal:** **De educación preescolar** | **Licenciatura: Preescolar** | **Lugar y fecha:****Saltillo Coah, 23/sept/21** |
| **Semestre: Quinto** | **Período de práctica: 4/Oct/21 al 15/oct/21** |
| **Nombre del alumno: Paola Davila Peña**  | **N° de Lista: 4** | **Sección: B** |

1. **Propósito:** Contar con la evidencia suficiente de que el alumno cumple con los elementos mínimos indispensables para asistir y desempeñar su práctica profesional.
2. **Indicaciones:** El docente de trayecto de práctica profesional registrará en la primera columna el nombre del curso y el nombre del maestro que revisa – autoriza, en las celdas siguientes se registra el nombre del o los instrumentos a revisar; cada docente encargado de dicho curso será el encargado de firmar para autorizar que el alumno puede asistir a su práctica. En este formato se podrán agregar o eliminar filas, según se requiera.

**PROCESO DE REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA DOCENTE/ PROFESIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL CURSO****DOCENTE NORM.** | **Instrumentos que son revisados y avalados por el docente** |
| ­­­­­Literatura InfantilHumberto Valdés Sánchez  | **Instrumentos:****Propuesta de actividad de la aplicación de un cuento a los alumnos.****FIRMA AUTORIZACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Inclusión Educativa Isabel Alejandra Cárdenas Gonzales | **Instrumentos:****Indicadores para la educadora donde se pueda realizar un diagnóstico.****FIRMA AUTORIZACIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **TRAYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL / ÁREA DE ACERCAMIENTO A LA PRÁCTICA** **PROFR(A):**Dolores Patricia Segovia Gómez  | **Instrumentos:** | **Instrumentos:** | **AUTORIZACIÓN GENERAL** |
| **Planeación 1 semana****FIRMA AUTORIZACIÓN** | **Caja de herramientas****FIRMA AUTORIZACIÓN** | **FIRMA AUTORIZACIÓN** |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: Por la contingencia sanitaria por la que atraviesa el país COVID19 no se está llevando a cabo reuniones de colegiado por lo tanto no se firma de manera presencial, solamente el docente anota su nombre con validez confiable |
|  |
|  |

