**\*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: Ana Cecilia Villanueva García** | | **N° de Lista: 21** | **Sección: A** |

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 Infantil  CASTRO RIVERA MIGUEL ANDRES | **Instrumentos:**  **Propuesta de actividad de la aplicación de un cuento a los alumnos.**  **FIRMA AUTORIZACIÓN\_\_\_\_\_\_Miguel Andrés Castro Rivera\_\_\_\_\_\_\_** |
| Inclusión Educativa  BUENO ZERTUCHE MAYRA CRISTINA | **Instrumentos:**  **Indicadores para la educadora donde se pueda realizar un diagnóstico.**  **FIRMA AUTORIZACIÓN\_\_\_\_\_Mayra Cristina Bueno Zertuche\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** | **Dolores Patricia Segovia Gómez**  **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 |
|  |
|  |

Graphical user interface, table

Description automatically generated