**AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

1. **Datos de Identificación:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Escuela Normal:** **de Educación Preescolar** | **Licenciatura: Preescolar** | **Lugar y fecha:****Saltillo Coahuila****29 de septiembre 2022** |
| **Semestre: Séptimo (Non)** | **Período de práctica: 03 al 14 de octubre 2022** |
| **Nombre del alumno:**  | **N° de Lista:** | **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** |
| **Gestión educativa centrada en la mejora del aprendizaje**  | N/A  | **ROXANA JANET****SANCHEZ SUAREZ**FIRMA AUTORIZACIÓN |
| **Educación física y hábitos saludables**  | Planeación | Materiales | **MARCO ANTONIO****VALDES MOLINA**FIRMA AUTORIZACIÓN |
|  tres actividades correspondientes al área de desarrollo personal y social /Educación Física  |
| **Optativo****Prevención de la violencia en la escuela.**  | Entrevista a niños  | Entrevista a padres de familia  | **NARCISO** **RODRIGUEZ ESPINOSA**FIRMA AUTORIZACIÓN |
| **Aprendizaje en el servicio**  | Plan de clase de 2 semanas | Diario del alumno practicante  |  Cuaderno de notas científicas |  | Registro de asistenciade los alumnos | Cuaderno de evaluacióncontinua | Materiales para desempeñarSus 2 semanas de práctica | Formato de exposiciónde proyectosFicha de evaluación del profesor titular | **SONIA YVONNE** **GARZA FLORES** FIRMA AUTORIZACIÓN |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TRAYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL / ÁREA DE ACERCAMIENTO A LA PRÁCTICA** **PROFR(A):** | **AUTORIZACIÓN GENERAL** |
| **SONIA YVONNE GARZA FLORES**FIRMA AUTORIZACIÓN |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES:  |