**AUTORIZACIÓN DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

1. **Datos de Identificación:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escuela Normal:** Educación Preescolar | **Licenciatura: Preescolar** | | **Lugar y fecha:** Saltillo, Coahuila; 26 de enero de 2024 |
| **Semestre:** Octavo | **Período de práctica:** 29 enero al 14 de junio de 2024 | | |
| **Nombre del alumno:** | | **N° de Lista:** | **Sección: C** |

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 NORMALISTA:** | **Instrumentos que son revisados y avalados por el docente** | | |
| **Aprendizaje en el servicio**  **DRA. ELENA MONSERRAT GÁMEZ CEPEDA** | Plan de clase autorizado de dos semanas de práctica como mínimo  **FIRMA AUTORIZACIÓN** | Caja de herramientas  **FIRMA AUTORIZACIÓN** | Material didáctico  **FIRMA AUTORIZACIÓN** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DEL MAESTRO DE TRAYECTO DE PRÁCTICA PROFESIONAL QUE ASESORA:**  **DRA. ELENA MONSERRAT GÁMEZ CEPEDA** | **AUTORIZACIÓN GENERAL** |
| **FIRMA AUTORIZACIÓN** |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |
|  |
|  |