

“Encendamos juntos la luz”

ACTA DE ASISTENCIA ADICIONAL

Centro educativo: _____ **Asignatura:** _____

Dirección Regional de Educación: _____ **Circuito:** _____

Nº	Apellidos y nombre de la persona estudiante	Número de identificación	Fecha de aplicación	Apoyos educativos		Firma de la persona estudiante
				SI	NO	
1.			/ /			
2.			/ /			
3.			/ /			
4.			/ /			
5.			/ /			
6.			/ /			
7.			/ /			
8.			/ /			
9.			/ /			
10.			/ /			
11.			/ /			
12.			/ /			
13.			/ /			
14.			/ /			

Nombre de la persona Coordinadora Institucional: _____

Firma de la persona Coordinadora Institucional: _____