

FICHA CONTROL DE APOYO ACNEAE

DATOS IDENTIFICATIVOS

TRIMESTRE:

MAESTRA/O:

PROGRAMAS DE REFUERZO			ADAPTACIONES CURRICULARES					
☐ ANP	☐ APS	☐ ADAI	☐ AL	☐ ATAL	☐ EC	☐ AI	☐ AE	☐ ACAACI

HORARIO SEMANAL DE DEDICACIÓN.

Horario del maestro/a							Horario de los Grupos							Nº de Sesiones Semanales de Refuerzo Educativo:									
S	L	M	X	J	V		S	L	M	X	J	V		Nº Grupos atendidos semanalmente en Refuerzo:									
1ª							1ª							SESIONES SEMANALES POR GRUPOS									
2ª							2ª							Grupos →	A	B	C	D	E	F	G	H	
3ª							3ª							Nº de Sesiones →									
4ª							4ª							Nº de Alumnos →									
5ª							5ª							Áreas a Reforzar*									
6ª							6ª																
Tipo de Refuerzo o de Adaptación							Indicar A, B,.....según grupos							* Indicar: LCL: Lengua; MAT: Matemáticas. ING: Inglés									

GRUPO:

Fecha Inicio: ____/____/____ Fecha fin: ____/____/____

DATOS DE LOS ALUMNOS/AS DEL GRUPO

Nº	Apellidos y Nombre	Curso	Tutor/a	Nivel Curricular del alumno/a
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ASPECTOS A REFORZAR

☐ ÁREA DE LENGUA CASTELLANA	☐ ÁREA DE MATEMÁTICAS	☐ ÁREA DE LENGUA EXTRANJERA
☐ Expresión Oral ☐ Comprensión Oral ☐ Lectura ☐ Comprensión lectora	☐ Escritura ☐ Expresión escrita ☐ Ortografía ☐ Caligrafía	☐ Numeración ☐ Operaciones ☐ Problemas ☐ Cálculo Mental
☐ Medida ☐ Geometría ☐ Gráficos ☐ Azar	☐ Expresión Oral ☐ Comprensión Oral ☐ Lectura ☐ Comprensión lectora	☐ Escritura ☐ Expresión escrita ☐ Ortografía ☐ Caligrafía

OBJETIVOS

CONTENIDOS

ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

MATERIALES CURRICULARES

RECURSOS DIDÁCTICOS

COMPETENCIAS BÁSICAS	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

INCIDENCIAS PRODUCIDAS EN EL GRUPO.									
AUSENCIAS DEL ALUMNADO									
ALUMNO/A	fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	TOTAL / %
Alumno nº 1									
Alumno nº 2									
Alumno nº 3									
Alumno nº 4									
Alumno nº 5									
Alumno nº 6									

AUSENCIAS DEL PROFESORADO.								
MOTIVO	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	TOTAL / %
<i>Necesidades del Centro</i>								
Baja del maestro/a								
Desde el ____/____/____ al ____/____/____, el apoyo no se realizó por baja del maestro/a.								
Desde el ____/____/____ al ____/____/____, el apoyo no se realizó por necesidades del centro.								
Desde el ____/____/____ al ____/____/____, el apoyo no se realizó por necesidades del centro.								

VALORACIÓN GLOBAL DEL APRENDIZAJE					
Alumno nº 1	Alumno nº 2	Alumno nº 3	Alumno nº 4	Alumno nº 5	Alumno nº 6
☐ Óptimo	☐ Óptimo	☐ Óptimo	☐ Óptimo	☐ Óptimo	☐ Óptimo
☐ Adecuado	☐ Adecuado	☐ Adecuado	☐ Adecuado	☐ Adecuado	☐ Adecuado
☐ Insuficiente	☐ Insuficiente	☐ Insuficiente	☐ Insuficiente	☐ Insuficiente	☐ Insuficiente

DECISIÓN SOBRE LA CONTINUIDAD				
¿Debe continuar el alumno/a en Apoyo? En caso afirmativo indicar si en un Grupo con un Nivel Curricular NC Igual, Inferior o Superior.				
Alumno nº 1:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 2:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 3:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 4:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 5:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 6:	☐ NO	☐ SI, con un Nivel Curricular igual	☐ SI, con un Nivel Curricular inferior	☐ SI, con un Nivel Curricular superior

En _____, a _____ de _____ de 2.01__

El/la Profesor/a de Apoyo,

El/la Profesor/a Tutor/a

El Jefe de Estudios,

(sello del centro)

Fdo: _____

Fdo: _____

Fdo: _____