

FICHA CONTROL DE APOYO ACNEAE

DATOS IDENTIFICATIVOS

TRIMESTRE:

MAESTRA/O:

PROGRAMAS DE REFUERZO	ADAPTACIONES CURRICULARES
<input type="checkbox"/> ANP <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ADAI	<input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/> ATAL <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> 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:											
														SESIONES SEMANALES POR GRUPOS									
														Grupos →	A	B	C	D	E	F	G	H	
														Nº de Sesiones →									
														Nº de Alumnos →									
														Áreas a Reforzar*									
														* Indicar: LCL: Lengua; MAT: Matemáticas. ING: Inglés									
1ª						1ª																	
2ª						2ª																	
3ª						3ª																	
4ª						4ª																	
5ª						5ª																	
6ª						6ª																	
<i>Tipo de Refuerzo o de Adaptación</i>							<i>Indicar A, B,.....según grupos</i>																

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				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

ASPECTOS A REFORZAR

<input type="checkbox"/> ÁREA DE LENGUA CASTELLANA	<input type="checkbox"/> ÁREA DE MATEMÁTICAS	<input type="checkbox"/> ÁREA DE LENGUA EXTRANJERA
<input type="checkbox"/> Expresión Oral <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Comprensión Oral <input type="checkbox"/> Expresión escrita <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Ortografía <input type="checkbox"/> Comprensión lectora <input type="checkbox"/> Caligrafía	<input type="checkbox"/> Numeración <input type="checkbox"/> Medida <input type="checkbox"/> Operaciones <input type="checkbox"/> Geometría <input type="checkbox"/> Problemas <input type="checkbox"/> Gráficos <input type="checkbox"/> Cálculo Mental <input type="checkbox"/> Azar	<input type="checkbox"/> Expresión Oral <input type="checkbox"/> Escritura <input type="checkbox"/> Comprensión Oral <input type="checkbox"/> Expresión escrita <input type="checkbox"/> Lectura <input type="checkbox"/> Ortografía <input type="checkbox"/> Comprensión lectora <input type="checkbox"/> 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	TOTAL / %							
Alumno nº 1									
Alumno nº 2									
Alumno nº 3									
Alumno nº 4									
Alumno nº 5									
Alumno nº 6									

AUSENCIAS DEL PROFESORADO.

MOTIVO	Fecha	TOTAL / %						
Necesidades del Centro								
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
<input type="checkbox"/> Óptimo					
<input type="checkbox"/> Adecuado					
<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 2:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 3:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 4:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 5:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior
Alumno nº 6:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular igual	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un Nivel Curricular superior

En _____, a _____ de _____ de 2.01__

El/la Profesor/a de Pedagogía
Terapéutica

El/la Profesor/a Tutor/a

El Jefe de Estudios,

(sello del centro)

Fdo: _____

Fdo: _____

Fdo: _____