

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*									
Tipo de Refuerzo o de Adaptación							Indicar A, B,.....según grupos							* Indicar: LCL: Lengua; MAT: Matemáticas. ING: Inglés									
1ª						1ª																	
2ª						2ª																	
3ª						3ª																	
4ª						4ª																	
5ª						5ª																	
6ª						6ª																	

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"/> Numeración	<input type="checkbox"/> Medida	<input type="checkbox"/> Expresión Oral	<input type="checkbox"/> Escritura
<input type="checkbox"/> Comprensión Oral	<input type="checkbox"/> Expresión escrita	<input type="checkbox"/> Operaciones	<input type="checkbox"/> Geometría	<input type="checkbox"/> Comprensión Oral	<input type="checkbox"/> Expresión escrita
<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Ortografía	<input type="checkbox"/> Problemas	<input type="checkbox"/> Gráficos	<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Ortografía
<input type="checkbox"/> Comprensión lectora	<input type="checkbox"/> Caligrafía	<input type="checkbox"/> Cálculo Mental	<input type="checkbox"/> Azar	<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	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 / %
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"/> Óptimo	<input type="checkbox"/> Óptimo	<input type="checkbox"/> Óptimo	<input type="checkbox"/> Óptimo	<input type="checkbox"/> Óptimo
<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Adecuado
<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<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: _____