

FICHA CONTROL DE APOYO AL ALUMNADO CON N.E.E.

• DATOS IDENTIFICATIVOS

TRIMESTRE: _____

PROFESOR/A:

Refuerzo Educativo Educación Compensatoria A.T.A.L. Audición y Lenguaje Apoyo a la Integración

• HORARIO SEMANAL DE DEDICACIÓN.

Horario del maestro/a							Horario de los Grupos							Nº de Sesiones Semanales:												
S	L	M	X	J	V	S	L	M	X	J	V	Nº Grupos atendidos semanalmente:														
														SESIONES SEMANALES POR GRUPOS												
														Grupos →												
														A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	
1ª						1ª																				
2ª						2ª																				
3ª						3ª																				
4ª						4ª																				
5ª						5ª																				
Indicar A, B,.....según grupos														* Indicar: L: Lengua; M: Matemáticas. I: 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

- | | | | | |
|---|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Conceptos Básicos | <input type="checkbox"/> 4. Escritura | <input type="checkbox"/> 7. Caligrafía | <input type="checkbox"/> 10. Operaciones | <input type="checkbox"/> 13. |
| <input type="checkbox"/> 2. Comprensión Oral | <input type="checkbox"/> 5. Expresión Escrita | <input type="checkbox"/> 8. Cálculo Mental | <input type="checkbox"/> 11. Problemas | <input type="checkbox"/> 14. |
| <input type="checkbox"/> 3. Lectura y comprensión | <input type="checkbox"/> 6. Ortografía | <input type="checkbox"/> 9. Numeración | <input type="checkbox"/> 12. Inglés. | <input type="checkbox"/> 15. |

• OBJETIVOS

• CONTENIDOS

• ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

• MATERIALES CURRICULARES

• RECURSOS DIDÁCTICOS

• COMPETENCIAS BÁSICAS

--

• ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

--

• INCIDENCIAS PRODUCIDAS EN EL GRUPO.

• A) AUSENCIAS DEL ALUMNADO

ALUMNO/A	fecha	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											

• B) AUSENCIAS DEL PROFESORADO.

MOTIVO	Fecha	Fecha	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 NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior
Alumno nº 2:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior
Alumno nº 3:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior
Alumno nº 4:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior
Alumno nº 5:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior
Alumno nº 6:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, con un NC igual	<input type="checkbox"/> SI, con un NC inferior	<input type="checkbox"/> SI, con un NC superior

_____, a _____ de _____ de _____

El/la Profesor/a de Apoyo,

El/la Profesor/a Tutor/a

El Jefe de Estudios,

(sello del centro)

Fdo: _____ Fdo: _____ Fdo: _____