**Subsecretaría de Educación Básica**

Coordinación Estatal del Programa Escuelas de Tiempo Completo.

**INFORME TRIMESTRAL DE ACTIVIDADES**

Objetivo: Conocer las actividades docentes que se llevan a cabo durante la jornada ampliada de clases. Esto permitirá realizar la comprobación financiera del trimestre que se reporta, tal como lo establecen las Reglas de Operación del Programa Escuelas de Tiempo Completo.

|  |
| --- |
| **Datos Generales** |
| **Escuela:** | **RICARDO FLORES MAGON** | **Clave:** | **30EPR2059C** |
| **Localidad y Municipio:** | **TECOMATE, TANTOYUCA** |
| **Nombre del Director:** |  |
| **Nombre del Docente:** |  |
| **Trimestre que reporta:** | **(ENE-MZO) (ABR-JUN) (SEPT-DIC)** | **Ciclo Escolar:** | **2012-2013** |

Anotar las actividades realizadas por línea de trabajo, durante el mes que se reporta.

|  |
| --- |
| **MES:\_\_\_\_\_\_** |
| **Línea de Trabajo:** | **Asignaturas del plan de estudios vigente con la que se vincula:** | **Actividad desarrollada:** |
| 1. **Fortalecimiento de los aprendizajes sobre los contenidos curriculares**
 |  |  |
| 1. **Uso didáctico de las Tic**
 |  |  |
| 1. **Aprendizaje de una lengua adicional**
 |  |  |
| 1. **Vida Saludable**
 |  |  |
| 1. **Recreación y Desarrollo Físico**
 |  |  |
| 1. **Arte y Cultura**
 |  |  |

(Fecha y Lugar)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Firma)Prof. Javier Cruz Flores\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Director(nombre) | (Sello) | (Firma)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Docente(nombre) |