

PLANILLA DE ASISTENCIA – MAESTRO/A DE APOYO

Prestador: _____ **Mes:** _____ **Año:** _____

Beneficiario (*apellido y nombre*):

Escuela: grado:

Domicilio escolar:

1ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SA-DO
Fecha						
Horario						

2ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SA-DO
Fecha						
Horario						

3ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SA-DO
Fecha						
Horario						

4ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SA-DO
Fecha						
Horario						

5ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SA-DO
Fecha						
Horario						

Total horas Mes	
------------------------	--

Firmas de conformidad ¹		
Familiar Responsable	Maestro/a Apoyo	Escuela
..... Firma y aclaración	 Firma y sello	 Firma y sello Responsable
Teléfono:	Teléfono:	Teléfono:
Mail:	Mail:	Mail:

¹ La conformidad se realiza **CUANDO FINALICE EL MES**, con firmas de puño y letra de c/u. **NO SE ACEPTARÁN FIRMAS PEGADAS.**