P-4

Escuela Domiciliaria y/o Servicio Domiciliario: N°…….....

PLANILLA DE ASISTENCIA DOCENTE

AÑO: 20…….

Alumno: ……..... Grado: ……

Escuela de Origen:……..……

Domicilio: ……Localidad: ……

Teléfono: ……

Certificado médico: Dr:……..desde:……hasta:……

FECHA	HORA ENTR.	HORA SALIDA	FIRMA DOCENTE	FIRMA PADRE MADRE TUTOR	OBSERVACIONES

Firma docente **Firma Directivo**