FCLTB-04

# COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR

*Dirección Académica* *Departamento de Servicios Académicos*

## *CONTROL DE ASISTENCIA*

| PLANTEL | TURNO | LABORATORIO O TALLER | SEMESTRE | PERIODO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| NOMBRE DEL DOCENTE | ASIGNATURA |
|---|---|
| | |

| FECHA d/m/a | HORA | GRUPO | No. DE ALUMNOS | CLAVE O NOMBRE DE LA PRÁCTICA | OBSERVACIONES | FIRMA DEL DOCENTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| RESPONSABLE DEL LABORATORIO O TALLER | SUBDIRECTOR (A) ACADÉMICO (A) |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE Y FIRMA |