

INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO DE LA COMISIÓN TÉCNICA PEDAGÓGICA

**FICHA DEL ESTUDIANTE**

**I. DATOS PERSONALES**

|                              |  |         |  |       |             |   |
|------------------------------|--|---------|--|-------|-------------|---|
| Nombre y Apellido:           |  |         |  |       | Foto<br>4x4 |   |
| Curso:                       |  | Edad:   |  | Sexo: |             | <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M |
| Lugar y fecha de nacimiento: |  |         |  |       |             |   |
| Dirección:                   |  |         |  |       |             |   |
| Teléfono/Cel.:               |  | Email:  |  |       |             |   |
| Rendimiento escolar:         |  |         |  |       |             |   |
| Cursos reprobados:           |  | Cuales: |  |       |             |   |
| Nombre dos mejores amigos:   |  |         |  |       |             |   |
| Deporte favorito:            |  |         |  |       |             |   |
| Pasatiempo:                  |  |         |  |       |             |   |

**II. SEGUIMIENTO PEDAGÓGICO EN LAS ÁREAS QUE PRESENTA DIFICULTAD:**

| MATERIAS | 1º BIMESTRE | 2º BIMESTRE | 3º BIMESTRE | 4º BIMESTRE |
|----------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|          |             |             |             |             |
|          |             |             |             |             |
|          |             |             |             |             |
|          |             |             |             |             |

**III. DATOS FAMILIARES:**

|                      |   |           |  |
|----------------------|---|-----------|--|
| Nombre del padre:    |   | Telefono: |  |
| Nombre de la madre:  |   | Telefono: |  |
| Vive con el          | <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro |           |  |
| Dirección domicilio: |   |           |  |
| Observaciones:       |   |           |  |

**IV. INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE:**

1. ¿Su hijo(a) tiene problema auditivo o visual?  
 SI  NO **Cual:**

**V. INFORMACIÓN PSICOLÓGICA Y PEDAGÓGICA DEL ESTUDIANTE:**

1. ¿Su hijo(a) presenta o a presentado dificultades de aprendizaje?  
 SI  NO **Materia:**
2. En caso de ser afirmativo, señale si realizaron un diagnóstico y tratamiento especializado:  
 SI  NO
3. Realice una síntesis de las recomendaciones que sugiere el Especialista:
4. Actualmente la familia y el estudiante están siguiendo las recomendaciones sugeridas por el Especialista::  
 SI  NO