

**Evidencia de los supervisores/as de la visita a los Centros
de Experiencias Clínicas Educativas**

I. Información General

Fecha: ___ de ___ de 20__ Horario: _____ () am () pm

Nombre del supervisor/a: _____

Centro de Experiencias Clínicas Educativas: _____

Distrito Escolar: _____

Nombre candidato/a: _____

Maestro/a cooperador/a: _____

Asignatura: _____ Grado-grupo: _____

II. Propósito de la visita

- () Visita de presentación () Visita de exploración () Visita de seguimiento () Visita evaluativa
() Seguimiento cada dos semanas
() Se observó el proceso enseñanza-aprendizaje
() Se observó la administración de un examen
() Otra actividad educativa _____

III. Asistencia

- () Candidato/a presente () Candidato/a ausente
() Maestro/a Cooperador/a presente () Maestro/a Cooperador/a ausente

IV. Unidad : _____

Tema: _____

Firma supervisor/a