

## EVALUACIÓNES DE COMPRESIÓN LECTORA DEL PERÍODO



DIRECTOR(A)

## Secretaría de Educación Guerrero

Fecha de Impresión :

C.C.T.:	Nombre :		Turno:	Grado:	Grupo:
Zona:			Ciclo Escolar :	Id. Docto :	
Domicilio :		Localidad :		Municipio:	Región:

MAESTRO(A) DE GRUPO