

EVALUACIONES DE COMPRESIÓN LECTORA DEL PERÍODO



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

MAESTRO(A) DE GRUPO

DIRECTOR(A)