

## FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO. FICHA SEMANAL DEL ALUMNO/ALUMNA

Semana del ..... al ..... de ..... de 20.....	
CENTRO DOCENTE: . PROFESOR/PROFESORA RESPONSABLE SEGUIMIENTO:	CENTRO DE TRABAJO COLABORADOR: TUTOR/TUTORA DEL CENTRO DE TRABAJO:
ALUMNO/ALUMNA:	CICLO FORMATIVO: GRADO:

DÍA	ACTIVIDAD DESARROLLADA/PUESTO FORMATIVO	TIEMPO EMPLEADO	OBSERVACIONES
LUNES			
MARTES			
MIÉRCOLES			
JUEVES			
VIERNES			



EL/LA ALUMNO/A

*[Handwritten signature]*

Fdo.: \_\_\_\_\_

Vº Bº EL/LA PROFESOR/A. RESPONSABLE  
DEL SEGUIMIENTO

Fdo.: \_\_\_\_\_

Vº Bº EL/LA TUTOR/A DEL CENTRO DE TRABAJO

Fdo.: \_\_\_\_\_