NOMBRE DEL C.T. DOMICILIO (5)	(Vialidad Principal) NOMBRE DEL ALUMNO PATERNO/MATERNO/NOMBRE(S)

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SUPERIOR DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL

FORMATO DE CONTROL ESTADÍSTICO DE ALUMNOS ATENDIDOS POR LOS CENTROS DE ATENCIÓN MÚLTIPLE (CAM-19-20)

FECHA DE IMPRESIÓN: 26/06/2019

FIRMAS DE VALIDACIÓN CICLO ESCOLAR 2019-2020 CAM

INICIO DEL CICLO ESCOLAR

TÉRMINO DE CICLO ESCOLAR

NOMBRE Y FIRMA DEL DOCENTE DE GRUPO

NOMBRE Y FIRMA DEL DOCENTE DE GRUPO

NOMBRE, FIRMA SELLO DEL SUPERVISOR EDUC. ESP NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE CAM

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL DIRECTOR DE CAM

FECHA DE VALIDACIÓN

FECHA DE VALIDACIÓN

NOMBRE, FIRMA SELLO DEL SUPERVISOR EDUC. ESP

Se deberá requisitar Nombre, firma y en su caso Sello, de los actores que validan la información de atención de alumnos por momentos establecidos, Inicio y Fin de Ciclo Escolar, según corresponda el periodo.