

CENTRO DOCENTE: PROFESOR/PROFESORA REPOSABLE DEL SEGUIMIENTO: ALUMNO/ALUMNA:	CENTRO DE TRABAJO COLABORADOR: TUTOR / TUTORA DEL CENTRO DE TRABAJO: PERÍODO DE REALIZACIÓN DE LA FCT <input type="checkbox"/> PRIMER TRIMESTRE <input type="checkbox"/> SEGUNDO TRIMESTRE <input type="checkbox"/> TERCER TRIMESTRE	
CURSO ESCOLAR: _____ / _____ FAMILIA PROFESIONAL: _____ CICLO FORMATIVO: _____ GRADO: _____		
<i>RESULTADOS DE APRENDIZAJE</i>	<i>ACTIVIDADES FORMATIVO- PRODUCTIVAS</i>	<i>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</i>

En _____ a _____ de _____ de 2.0 ____

EL/LA PROFESOR/A RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

EL/LA JEFE/A DEL DEPARTAMENTO DE FAMILIA PROFESIONAL

EL/LA RESPONSABLE DEL CENTRO DE TRABAJO

Fdo.: _____

Fdo.: _____

Fdo.: _____

