

Acta Acuerdo para Integración Escolar / Maestro/a de Apoyo

Nombre y apellido del beneficiario/a:

Escuela:

Grado:

Turno:

Ciclo Escolar:

Fecha:

Localidad:

Prestación: Modulo de apoyo a la integración escolar/ Maestro/a de Apoyo

Las partes se comprometen a instrumentar los medios necesarios para hacer posible el acompañamiento del niño/a.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde:					
Hasta:					

Firma del afiliado/a titular:

Firma y sello de la institución integradora/ maestro/a de apoyo:

Firma y sello de las autoridades escolares: