



**ASIGNACIÓN DE ESTUDIANTES A ESCUELAS DE PRÁCTICA PROFESIONAL**

| Escuela de educación obligatoria | Nombre del estudiante (favor de anotar los datos completos) |                  |        | Grado y grupo que atenderá | Nombre del docente titular del grupo asignado |
|----------------------------------|---|------------------|--------|----------------------------|---|
|                                  | Apellido paterno  | Apellido materno | Nombre |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |
|                                  |   |                  |        |                            |   |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR DE SEMESTRE RESPONSABLE DEL CURSO