



FECHA/HORA: _____

NOMBRE DEL PROFESOR: _____

LABORATORIO: _____

MATERIA	GRADO/GRUPO	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL TALLER	FIRMA DEL PROFESOR

FIRMA DIRECTOR PROGRAMA EDUCATIVO
LIC. YASHARED SALDAÑA TAPIA

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LABORATORIO