Servicio de Aprendizaje-Forma de Reflexión

Tiempo
Será completado por un Adulto o Supervisor

Fechas de Servicio:
____/____/____ a ____/____/____

Horas obtenidas:_____

_____
Firma de un Adulto o Supervisor del Proyecto

Nota: Estudiantes, padres de familia, y organizaciones quienes aceptan estudiantes para hacer servicio voluntario deben notar las siguientes: Pauta #1 (la encontrara en la otro lado de la hoja)
ANTES de la actividad del servicio.

POR FAVOR ESCRIBIR CON LETRA IMPRENTA O TIPIAR.

GRADO_____PROFESORA DE AULA_____

NOMBRE
DEL ESTUDIANTE_____ _____
Last First MI **ACTIVITY**

Organización Patrociniadora/CLASSE_____Telefono_____

Reflexión que será llenada por el estudiante: (Si necesitas espacio adicional por favor de adjuntarlo con esta forma) Ahora que has completado el Proyecto de Servicio de Aprendizaje estas listo/ta para escribir una descripción de la actividad que asumiste. Dinos porque escojistes este proyecto. Cuales fueron tus responsabilidades y que fue lo que hiciste? Como te hico sentir tus acciones y Crees que la comunidad se beneficio con tus acciones? Escogerías esta actividad otra vez?

Firmas: Estudiante_____Fecha_____
Padre de Familia o Guardián_____Fecha_____

Esta forma completada debe ser retornada al Coordinador del Colegio encargado del Servicio de Aprendizaje.

Confirmación/Aprobación de las horas en el Servicio de Aprendizaje

Después de la aprobación de las horas obtenidas con las actividades, esta sección será retornada a usted Para sus record, Por favor de completar lo siguiente.

Nombre del Estudiante: _____Profesora de Aula:
_____

Actividad:_____

(Lo que continúa será completado por el Coordinador encargado del Servicio de Aprendizaje)

Horas obtenidas:_____ Fecha de servicio:_____

Firma: Coordinador del Servicio de Aprendizaje_____Fecha:_____