



GOBIERNO DEL
ESTADO DE CHIAPAS

SUBSECRETARIA DE EDUCACION ESTATAL
DIRECCION DE EDUCACION BASICA
DEPARTAMENTO DE EDUCACION PRIMARIA
OFICINA DE SUPERVISION ESCOLAR
JEFATURA DE SECTOR 003
SUPERVISORIA DE LA ZONA ESCOLAR NUM. 056
ESCUELA PRIMARIA BENITO JUAREZ GARCIA
CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO: 07EPR0027W
CICLO ESCOLAR 2016-2017



COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS A 26 DE FEBRERO DE 2016.

LIC. FREDY RAÚL SANTOS ACOSTA
COORDINADOR ESTATAL DEL PROGRAMA DE TIEMPO COMPLETO.
PRESENTE.

Por medio de la presente tengo a bien desearle un buen día, así como éxito en lo emprendido, a la vez **RATIFICO** la permanencia de mi escuela en el programa escuelas de tiempo completo.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ESCUELA.

NOMBRE:

LOCALIDAD:

MUNICIPIO:

ZONA ESCOLAR No:

NOMBRE DEL SUPERVISOR
ESCOLAR:

NUM. DE TELEFONO DE
OFICINA/CASA:

CELULAR:

SEDE OFICIAL:

JEFATURA DE SECTOR No:

NOMBRE DEL JEFE DE
SECTOR/JEFE DE ZONA:

NUM. DE TELEFONO DE:
OFICINA/CASA:

CELULAR:

SEDE OFICIAL:

II.- DATOS ESTADISTICOS (de acuerdo a los datos de Preinscripción reportados a través del SAECH para el ciclo escolar 2016-2017).

PREESCOLAR				
CICLO ESCOLAR 2016-2017		H	M	T
1°	PREINSCRIPCION			
2°				
3°				

TELESECUNDARIA				
CICLO ESCOLAR 2016-2017		H	M	T
1°	PREINSCRIPCION			
2°				
3°				

PRIMARIA				
CICLO ESCOLAR 2016-2017		H	M	T
1°	PREINSCRIPCION			
2°				
3°				
4°				
5°				
6°				

III.- PERSONAL DIRECTIVO, DOCENTE Y DE APOYO (INTENDENTE)

DIRECTOR: _____

TÉCNICO ENCARGADO
DE GRUPO: _____
TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ ESCUELA: _____

DOCENTE: _____
TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____

INTENDENTE: _____

No. DE GRUPOS: _____

No. DE TELÉFONO DE LOCALIDAD: _____

ATENTAMENTE

NOMBRE, FIRMA DEL DIRECTOR Y SELLO DE LA ESCUELA.