**DE ACUERDO AL MANUAL DE CRITERIOS DE GASTO DEL PROGRAMA ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO 2016 PARA EL ESTADO DE TLAXCALA, EL RECURSO ASIGNADO A LAS ESCUELAS ES POR EL MONTO $60,000.00 PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LAS ESCUELAS Y ESTA SE DIVIDEN EN 2 RUBROS CADA UNO POR EL IMPORTE DE $30,000.00, LOS CUALES NO PODRAN MEZCLARSE AL MENOS QUE SE PRESENTE UN PROYECTO EL CUAL LO AUTORIZARA LA COORDINACION LOCAL DEL PETC.**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DE ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO**

1. Se anotan los datos en cada una de las celdas en blanco.

**FORMATO DE DESCRIPCIÓN DE DIFICULTADES IDENTIFICADAS DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2015-2016**

1. Se anotan las dificultades identificadas en cada aspecto del ciclo escolar 2015-2016.

**FORMATO DE ACCIONES PREVISTAS PARA SUPERAR LAS DIFICULTADES DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2016-2017**

1. Se anotan las acciones previstas para superar las dificultades identificadas en cada aspecto en este ciclo escolar.

**FORMATO DE DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS DEL PETC $60,000.00**

1. Se anotan las actividades a realizar con el recurso de cada uno de los rubros.
2. Se escriben los materiales a utilizar para cada una de las actividades.
3. Se deja el monto de $30,00.00 por cada rubro.
4. Se coloca el nombre, firma y sello del Presidente de la Asociación de Padres de Familia, Presidente de Consejo Escolar de Participación Social y del Director de la Escuela.

**LISTADO DEL COLECTIVO DOCENTE**

1. Se coloca el nombre de cada uno de los docentes que forman parte de la plantilla de la escuela, el grado, el grupo y la firma. (Se incluye el director).
2. Se firma el documento al final por el Supervisor y Jefe de Sector.

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE LA ESCUELA  (EN MAYÚSCULAS) | CLAVE\_CCT | | NIVEL EDUCATIVO (PREESCOLAR, PRIMARIA, TELESECUNDARIA) | | | MODALIDAD  (SEPE, USET, EDUC, INDÍGENA) | ZONA ESCOLAR | SECTOR |
|  |  | |  | | |  |  |  |
| DOMICILIO COMPLETO (INCLUYENDO ENTRE QUE CALLES) | | **TIPO DE ORGANIZACIÓN**  **(UNITARIA, MULTIGRADO, COMPLETA)** | | | **SERVICIO DE ALIMENTACIÓN**  **(SI/NO)** | | | |
|  | |  | | |  | | | |
| **COMEDOR CONSTRUIDO**  **(SI/NO)** | | | **COMEDOR ADAPTADO**  **(SI/NO)** | | | |
|  | | |  | | | |
| **LOCALIDAD** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **MUNICIPIO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| NOMBRE DEL DIRECTOR | **TELÉFONO** | | | **CORREO** | | | | |
|  |  | | |  | | | | |

**DESCRIPCIÓN DE DIFICULTADES IDENTIFICADAS DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2015-2016**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEJORA DEL APRENDIZAJE | ESPAÑOL |  |
| **MATEMÁTICAS** |  |
| LÍNEAS DE TRABAJO DE ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO | |  |
| ALTO AL ABANDONO ESCOLAR | |  |
| NORMALIDAD MÍNIMA ESCOLAR | |  |
| CONVIVENCIA ESCOLAR | |  |

**ACCIONES PREVISTAS PARA SUPERAR LAS DIFICULTADES DURANTE EL CICLO ESCOLAR 2016-2017**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEJORA DEL APRENDIZAJE | ESPAÑOL |  |
| **MATEMÁTICAS** |  |
| LÍNEAS DE TRABAJO DE ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO | |  |
| ALTO AL ABANDONO ESCOLAR | |  |
| NORMALIDAD MÍNIMA ESCOLAR | |  |
| CONVIVENCIA ESCOLAR | |  |

**DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS PROGRAMA ESCUELAS DE TIEMPO COMPLETO CICLO ESCOLAR 2016-2017**

**FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LAS ESCUELAS ($60,000.00)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RUBRO | ACTIVIDAD A REALIZAR | MATERIALES A ADQUIRIR | MONTO ASIGNADO |
| RUBRO 1  ($30,000.00) |  |  | $30,000.00 |
| RUBRO 2  ($30,000.00) |  |  | $30,000.00 |
|  | | | **TOTAL $60,000.00** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **DIRECTOR DE LA ESCUELA**  **NOMBRE, FIRMA Y SELLO** | **PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA**  **NOMBRE, FIRMA Y SELLO** | **COORDINADOR DEL COMITÉ DE CONTRALORÍA SOCIAL**  **NOMBRE, FIRMA** |

**–LISTADO DEL COLECTIVO DOCENTE QUE PARTICIPÓ EN LA PLANEACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL RECURSO DE FORTALECIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE GESTIÓN DE LAS ESCUELAS ($60,000.00), ENTREGADO AL DIRECTOR DE LA ESCUELA PARA ATENDER LAS ACCIONES DEFINIDAS EN SU RUTA DE MEJORA ESCOLAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N/P** | **NOMBRE DEL MAESTRO (A)** | **GRADO** | **GRUPO** | **FIRMA** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **LUGAR Y FECHA** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL SUPERVISOR (A)** | **NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE (A) DE SECTOR** |