

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE PERSONAL

Fecha: _____ Observador: _____

Número de Licencia: _____

Nombre de la Agencia/Proveedor: _____

Si es CB, Nombre del salón: _____

Si es CB, Supervisor del Sitio/Director: _____

Horas del Programa confirmadas:	Hora de Inicio : Horas del Fin:	(Nombre Escrito)	(Iniciales)
Hora de la revisión:	Hora de Inicio: Hora del Fin:	(Nombre Escrito)	(Iniciales)

<u>Verificación del personal</u>	<u>Nombre</u>	<u>Firma</u>
Maestro(a) principal:		
Otro Maestro(a):		
Otro Maestro(a):		
Otro Maestro(a):		
Otro Maestro(a):		