

**ANEXO 15: MODELO DE FOLLA REXISTRO SEMANAL DE INCIDENCIAS**

Profesor/a (nome e apelidos).....Alumno/a (nome e apelidos).....

Data	En caso de non cumprirse o horario xeral sinala as causas e o novo horario	Breve reseña das actividades realizadas	Incidencias	Sinatura da persoa responsable no domicilio

Asdo: O profesorado de atención educativa domiciliaria