



REGISTRO DE SUPERVISIÓN DOCENTE
NUTRICIÓN COMUNITARIA II

Supervisión N°: (indicar si es PE o Consulta)

Estudiante	
Establecimiento	
Docente Escuela	
Docente Asistencial	
Fecha supervisión	
Horario inicio/término supervisión	
Tareas a desarrollar Docente Escuela	
Con el estudiante:	Con el docente asistencial (si es posible):
Observaciones:	
Aspectos destacados:	
Aspectos a mejorar:	
Acuerdos y tareas a desarrollar:	
Comentarios docente asistencial:	

Estudiante

Docente Escuela

Docente Asistencial