



## Formulario de Verificación del Aprendizaje Estudiantil mediante el Servicio

Llene este formulario con tinta azul o negra y entrégueselo al coordinador de aprendizaje mediante el servicio estudiantil de la escuela correspondiente.

### **Fechas límite para la entrega de este Formulario de Verificación del Aprendizaje Estudiantil mediante el Servicio:**

- \* 15 de octubre (para las horas independientes obtenidas entre el 1 de julio y el 30 de agosto)
- \* 31 de enero (para las horas independientes obtenidas entre el 1 de septiembre y el 31 de enero)
- \* 15 de julio (para las horas independientes obtenidas entre el 1 de febrero y el 30 de junio).

---

### **El estudiante debe llenar la siguiente sección:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Núm. del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_

Recuerde que toda actividad independiente de aprendizaje estudiantil mediante el servicio debe cumplir con las siete mejores prácticas del Departamento de Educación del Estado de Maryland, e incluir preparación o investigación, así como acción y reflexión.

- ✓ *El estudiante satisface una necesidad reconocida en la comunidad.*
- ✓ *El estudiante cumple los objetivos curriculares.*
- ✓ *El estudiante adquiere los conocimientos y las habilidades necesarios.*
- ✓ *El estudiante planifica con antelación.*
- ✓ *El estudiante trabaja con organizaciones de servicio existentes.*
- ✓ *El estudiante trabaja con servicios existentes.*
- ✓ *El estudiante reflexiona a lo largo de la experiencia.*

### **Evaluación realizada por el estudiante sobre la actividad de aprendizaje mediante el servicio**

I. Indique su preparación para las actividades de aprendizaje mediante el servicio respondiendo a las siguientes secciones.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

II. En un párrafo bien escrito, describa las actividades de aprendizaje mediante el servicio que realizó.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **El representante de la organización debe llenar esta sección para las horas independientes:**

Nombre de la organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Supervisor/maestro: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

