CICLO FORMATIVO		**CURSO ESCOLAR**		**Nº HORAS F.C.T.**	
DEPARTAMENTO			**FECHA REALIZACIÓN F.C.T.**		

TUTOR/A F.C.T.	ALUMNO/A	Nº DE VISITAS/ CONTACTOS						TOTAL VISIT/CONT
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	

TUTOR/A F.C.T.	ALUMNO/A	Nº DE VISITAS/ CONTACTOS						TOTAL VISIT/CONT
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	

TOTAL TUTORES/AS	
TOTAL ALUMNOS/AS	
Nº MEDIO VISITAS/ALUMNO/A	