



**CIENCIAS II – FÍSICA
CONTROL DE ACTIVIDADES DE CLASE**

NO.	FECHA	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	CALIF. SI	CALIF. NO	Firma Prof.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

TOTAL, DE ACTIVIDADES ENTREGADAS	TOTAL, DE ACTIVIDADES SIN CALIFICAR	CALIFICACION DEL PERIODO