

ESCUELA SECUNDARIA DE WESTSIDE
Servicio Comunitario

Nombre del estudiante: _____

Actividad: _____

Supervisor de servicio: _____

Fecha (s): _____ Número de horas: _____

Descripción del Servicio: _____

Principal / Consejero Firma: _____ Fecha: _____

Aprobado: _____ No aprobado: _____

REPASO

¿Qué beneficios proporcionó a su comunidad?

¿Qué beneficio recibió a través de esta experiencia?

Firma del Supervisor de Servicio:

_____ Fecha: _____

Firma del Estudiante:

_____ Fecha: _____