



PROGRAMA DE AJEDREZ ESCOLAR

SOLICITUD DE SESIONES

CENTRO DE ENSEÑANZA:		
PERIODO: <input type="text"/> / <input type="text"/>	INSTALACIÓN:	
FECHA PRIMERA SESIÓN: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> CASA DEL AJEDREZ	
FECHA ÚLTIMA SESIÓN: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EN EL CENTRO DE ENSEÑANZA	
DIA SEMANA	FECHAS SOLICITADAS	HORARIO
Lunes		de a h.
Martes		de a h.
Miércoles		de a h.
Jueves		de a h.
Viernes		de a h.
PRIMARIA		
CURSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº ALUMNOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECUNDARIA		
CURSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº ALUMNOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BACHILLERATO		
CURSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº ALUMNOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CICLOS FORMATIVOS		
CURSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº ALUMNOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FORMACIÓN BÁSICA PARA PERSONAS ADULTAS		
CURSO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº ALUMNOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DEL CENTRO		
RESPONSABLE:	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>	
TELÉFONO:	<input type="text"/>	FAX: <input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO:	<input type="text"/>	
OBSERVACIONES:	FIRMA Y SELLO DEL CENTRO:	

SR. VICEPRESIDENTE DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTE Y JUVENTUD