



PROGRAMA DE ATLETISMO ESCOLAR

SOLICITUD DE SESIONES

CENTRO DE ENSEÑANZA:		
PERIODO: <input type="text"/> / <input type="text"/>	INSTALACIÓN:	
FECHA PRIMERA SESIÓN: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADIO IBEROAMERICANO 2010
FECHA ÚLTIMA SESIÓN: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	CIUDAD DEPORTIVA BAHÍA SUR
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		
BACHILLERATO		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:
- Solicita utilizar material deportivo: SI (Adjuntar Relación) NO - Solicita monitores de apoyo: SI ¿Cuántos? <input type="text"/> NO		

SR. VICEPRESIDENTE DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTE Y JUVENTUD