

## PROGRAMA ESCOLAR ACTIVIDADES CONCERTADAS

### SOLICITUD DE SESIONES

**CENTRO DE ENSEÑANZA:**

PERIODO:  /

FECHA PRIMERA SESIÓN:

FECHA ÚLTIMA SESIÓN:

INSTALACIÓN:

ACTIVIDAD:

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					SECUNDARIA				
CURSO									
Nº ALUMNOS									
BACHILLERATO					CICLOS FORMATIVOS				
CURSO									
Nº ALUMNOS									
FORMACIÓN BÁSICA PARA PERSONAS ADULTAS									
CURSO									
Nº ALUMNOS									

**DATOS DEL CENTRO**

**RESPONSABLE:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**  **FAX:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**OBSERVACIONES:**

- Solicita utilizar material deportivo: SI (Adjuntar Relación)  
NO

- Solicita monitores de apoyo: SI ¿Cuántos?   
NO

**FIRMA Y SELLO DEL CENTRO:**

SR. VICEPRESIDENTE DEL PATRONATO MUNICIPAL DE DEPORTE Y JUVENTUD