|  |  |
| --- | --- |
| **Comité Olímpico Nacional** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte (u otro) |  |
| Disciplina |  |
| Nombre del proyecto (si existe) |  |

**IMPORTANT:** El CON debe cumplimentar y firmar este formulario antes de enviarlo a Solidaridad Olímpica **a más tardar dos (2) meses** después de la finalización del proyecto.

descripción del proyecto

|  |  |
| --- | --- |
| Fechas del programa | Fecha de inicio Introducir la fecha dd/mm/aaaa  Fecha de finalización Introducir la fecha dd/mm/aaaa |

expertO NOMBRADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido(s) |  | | Nombre(s) |  |
| Nacionalidad | |  | | |
| Estancia(s) del experto en caso de que esté fraccionada | | Del Introducir la fecha dd/mm/aaaa Al Introducir la fecha dd/mm/aaaa  Del Introducir la fecha dd/mm/aaaa Al Introducir la fecha dd/mm/aaaa  Del Introducir la fecha dd/mm/aaaa Al Introducir la fecha dd/mm/aaaa | | |

|  |
| --- |
| Coordinador nacional (si se conoce) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido(s) |  | Nombre(s) |  |

|  |
| --- |
| Plan de acción efectuado |
|  |

Por favor elijen los temas que han sido desarrollados durante este curso. Pueden seleccionar más de un tema.

|  |
| --- |
| Curso(s) para entrenadores locales  Curso(s) para formadores  Curso(s) para jueces, arbitros, responsables técnicos  Curso(s) para administradores  Mejora de los programas de entrenamiento para deporte de élite  Establecimiento de un proyecto de deporte para todos o de un proyecto   de desarrollo deportivo escolar  Programas para promover proyectos “Mujer y Deporte”  Programas de identificación de jóvenes talentos  Programas de sensibilización de la lucha contra el dopaje / las apuestas deportivas ilícitas, etc.  Trabajos con atletas con discapacidades |

|  |
| --- |
| Objetivos/resultados obtenidos |
|  |

evaluación de los aspectos pedagógicos del proyecto

|  |  |
| --- | --- |
| Idioma |  |
| ¿Se han requerido servicios de traducción? |  |
| Evaluación general |  |
| Comentarios: |

evaluación de los participantes

|  |  |
| --- | --- |
| Interés / aptitud |  |
| Nivel |  |
| Homogeneidad del grupo |  |
| Comentarios: | |

evaluación del LUGAR

|  |
| --- |
| Aula (si aplica)  Sala de entrenamiento (si aplica)  Otros (si aplica) |

|  |
| --- |
| Material disponible |
| Soporte audiovisual  Otros  Retroproyector  Lector DVD |
| Comentarios: |

|  |
| --- |
| Alojamiento Nivel |
| Hotel (si aplica)  Comida (si aplica)  Transporte local (si aplica) |
| Comentarios: |

OTRO

|  |  |
| --- | --- |
| Representantes presentes durante el curso (del CON, la FN) |  |
| En caso afirmativo, por favor precise: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Problemas antes/durante/después del curso |  |
| En caso afirmativo, precise: antes  durante  después | |
| Comentarios: | |

|  |
| --- |
| Comentarios generales |
|  |

**EL COMITÉ OLÍMPICO NACIONAL**

Yo, el abajo firmante, presidente/secretario general del CON antes mencionado,   
declaro que la información facilitada más arriba es verídica.

Sello

Nombre, cargo (presidente o secretario general) y firma: Fecha: