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

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte (u otro) |  |
| Modalidad |  |

**IMPORTANTE:** El Comité Olímpico Nacional debe cumplimentar y firmar este formulario antes de enviarlo a Solidaridad Olímpica **a más tardar dos (2) mes** después de la finalización del curso.

descripción de LA formación

|  |  |
| --- | --- |
| Fechas del curso | Fecha de inicio Introducir la fecha dd/mm/aaaa  Fecha de finalización Introducir la fecha dd/mm/aaaa |
| Lugar del curso (ciudad) |  |

expertO NOMBRADO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido(s) |  | | Nombre(s) |  |
| Nacionalidad | |  | | |
| Fechas de la estancia del experto | | Fecha de llegada Introducir la fecha dd/mm/aaaa  Fecha de salida Introducir la fecha dd/mm/aaaa | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nivel de formación | *(según los criterios establecidos por la FI)* |
| Tipo de curso técnico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Participantes | |
| Entrenadores  Prof. EF  Atletas  Jueces/arbitros  Otros  **TOTAL**  *Hombres*  *Mujeres*  (obligatorio) | CON invitados, si se trata de un curso regional *(excepto el CON que organiza el curso) :* |

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

|  |
| --- |
| Protección de los atletas íntegros Módulos especiales para jueces, árbitros,  responsables técnicos  Lucha contra las apuestas deportivas ilícitas Cursos para formadores  No discriminación Trabajo con atletas con discapacidades |

evaluaciÓn de los aspectos pedagógicos del curso

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

|  |
| --- |
| Experto local (si aplica) |

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

EVALUACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

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

|  |  |
| --- | --- |
| Método de evaluación y resultados obtenidos por los participantes | |
| Evaluación escrita  Sesión práctica  Evaluación oral  Ninguna | |
| Comentarios: | |
| ¿La FI ha otorgado alguna certificación? |  |

RECOMendaciones

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Participantes potenciales a recibir una beca olímpica | | | |
| Apellido(s) | Nombre(s) | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Nacionalidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

evaluaciÓn del lugar de formación

|  |
| --- |
| 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, de 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: