

| | | | | | |
|---|----------------|--|------------|--------------------------------------|--|
| FECHA ENTRADA EN LA ESCUELA: | | INFORME DEL DIRECTOR DE PRACTICAS | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALUMNO EN PRACTICAS | | D.N.I | | Nº EXPEDIENTE | |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DE PRACTICAS | | D.N.I | | TELEFONO | |
| DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD: | | | | CURSO N° | |
| CELEBRADA EN (LOCALIDAD) | FECHA COMIENZO | FECHA FINALIZACIÓN | Nº DE DIAS | Nº DE HORAS | |
| DONDE REALIZO LAS PRACTICAS DE MONITOR/A O COORDINADOR/A DE TIEMPO LIBRE el alumno/a de la ESCUELA DE FORMACIÓN | | | | | |
| SIENDO EL INFORME QUE SE EMITE PARA EL ALUMNO/A EL SIGUIENTE: (Es obligatorio reflejar a continuación la actuación del alumno, su capacidad, personalidad y preparación) | | | | | |
| | | | | | |
| Y PROONGO AL DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TIEMPO LIBRE SE LE OTORQUE LA CALIFICACION FINAL DE: (PONER UNA CRUZ) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> APTO | | <input type="checkbox"/> NO APTO | | <input type="checkbox"/> NO EVALUADO | |
| FECHA DE ENTREGA Y REGISTRO DE LA MEMORIA Y FIRMA LEGIBLE DE QUIEN LO RECOGE EN LA ESCUELA: | | FIRMA DEL Dr. DE PRACTICAS Y SELLO DE LA ASOCIACION: | | FIRMA TUTOR ESCUELA: | |
| | | | | Vº Bº JEFE ESTUDIOS ESCUELA | |

Remitir por correo certificado 15 días antes del comienzo de la actividad a:
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE TIEMPO LIBRE "IMAGINA DE SORIA" c/ PLAZA MAYOR 2; 42200 ALMAZAN, SORIA O entregar original y copia en la sede (llevarse copia registrada, sellada y con la firma legible del que la recoja). Pasados 15 días se mantendrá una entrevista con el Jefe de Estudios.