



1. FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DIRIGIDOS AL ALUMNADO

Centro: _____ Distrito: _____ Horario: _____
 Dirección: _____ CP: _____ Teléfono1: _____ Teléfono2: _____ Fax: _____
 Persona de contacto y cargo: _____ Email1: _____ Email2: _____

Indique temas, cursos, número de unidades y número de alumnos/as solicitantes de su centro (por favor, envíen una única ficha por centro):

| | EDUCACIÓN INFANTIL | 5 AÑOS | |
|--|---------------------------------|---------------|-------------|
| | | Nº Alumnos/as | Nº Unidades |
| | PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES | | |
| | DESAYUNO SALUDABLE | | |

| | EDUCACIÓN PRIMARIA | PRIMER CICLO | | | | SEGUNDO CICLO | | | | TERCER CICLO | | | |
|--|--------------------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | | 1º EP | | 2º EP | | 3º EP | | 4º EP | | 5º EP | | 6º EP | |
| | | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Alumnos/as | Nº Unidades |
| | ALIMENTACIÓN SALUDABLE | | | | | | | | | | | | |
| | HIGIENE Y SALUD BUCODENTAL | | | | | | | | | | | | |
| | EDUCACIÓN AFECTIVO SEXUAL | | | | | | | | | | | | |
| | SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES | | | | | | | | | | | | |
| | DESAYUNO SALUDABLE (*) | | | | | | | | | | | | |

(*)Para la solicitud de esta actividad complementaria es imprescindible el desarrollo del programa de Promoción de hábitos saludables en Educación Infantil o el de Alimentación Saludable en Educación Primaria.



FICHA DE INFORMACIÓN POR CENTRO EDUCATIVO:

NOMBRE DEL CENTRO: _____

DATOS TOTALES DEL CENTRO:

Indique los siguientes datos totales del centro, cumplimentando cada casilla con el número TOTAL de alumnos/as, unidades, y docentes:

| | Niveles | Nº Alumnos/as | Nº Unidades | Nº Docentes |
|--|---------|---------------|-------------|-------------|
| | E.I. 5 | | | |
| | E.P. | | | |
| | 1º | | | |
| | 2º | | | |
| | 3º | | | |
| | 4º | | | |
| | 5º | | | |
| | 6º | | | |

DOCENTES QUE DEMANDAN ACTIVIDADES:

Indique el nombre y apellidos de el/la docente que demanda actividades:

| | | Nombre y Apellidos de el/la docente | Desea apoyo técnico de la UPS | | Nombre y Apellidos de el/la docente | Desea apoyo técnico de la UPS | |
|----------|--------|-------------------------------------|-------------------------------|----|-------------------------------------|-------------------------------|----|
| | | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
| Infantil | 5 Años | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Primaria | 1º | | | | | | |
| | 2º | | | | | | |
| | 3º | | | | | | |
| | 4º | | | | | | |
| | 5º | | | | | | |
| | 6º | | | | | | |

Cumplimente los datos correspondientes de esta ficha de inscripción y remítala a la UPS correspondiente. Para ello puede pulsar el botón GUARDAR y enviarla por correo electrónico (como archivo adjunto) o bien pulsar el botón IMPRIMIR y remitirla por fax. Consulte dirección de correo electrónico o nº de fax en la página 43 "Fórmulas de Inscripción" incluida en el cuaderno de oferta de los programas de salud.

Fecha límite de recepción de solicitudes: 27 de Octubre de 2017.

CERRAR

IMPRIMIR

GUARDAR