Promoción de la Salud
Educación Secundaria/ Dispositivos de Formación y Empleo

1. FICHA DE INSCRIPCIÓN PARA PROGRAMAS DIRIGIDOS AL ALUMNADO

Centro: _____ **Distrito:** _____ **Horario:** _____

Dirección: _____ **CP:** _____ **Teléfono1:** _____ **Teléfono2:** _____ **Fax:** _____

Persona de contacto y cargo: _____ **Email1:** _____ **Email2:** _____

Cumplimente las casillas de la primera fila con los datos totales del centro (*) y, para cada programa o actividad ofertados, indique en las casillas correspondientes el número de unidades y número de alumnos/as de los cursos solicitantes (por favor, envíen una única ficha por centro):

EDUCACIÓN SECUNDARIA/ DISPOSITIVOS DE FORMACIÓN Y EMPLEO	ESO								BACHILLERATO				CICLOS FORMATIVOS				FPB**		EDUCACIÓN ESPECIAL				ADULTOS				DFE**	
	1º		2º		3º		4º		1º		2º		GRADO MEDIO		GRADO SUPERIOR				PTVAL**		OTROS		ESPA**		BTOPA**			
	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	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	Nº Alumnos/as	Nº Unidades	Nº Alumnos/as	Nº Unidades
DATOS TOTALES DEL CENTRO (*)																												
SALUD EMOCIONAL I																												
EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL																												
PREVENCIÓN VIH/ SIDA																												
ALIMENTACIÓN SALUDABLE																												
EL TEATRO: WEEK-END																												
PREV. ACCIDENTES TRÁFICO																												
ROAD SHOW																												
JORNADAS DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA																												

** FPB: Formación Profesional Básica. PTVAL: Programa de Transición para la Vida Adulta y Laboral. ESPA: Enseñanza Secundaria para Adultos. BTOPA: Bachillerato para Adultos. DFE: Dispositivos de Formación y Empleo.

NÚMERO TOTAL DE PROFESORES/AS DEL CENTRO EDUCATIVO Y/O FORMATIVO: _____

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, excepto para los Dispositivos de Formación y Empleo, para los cuales no está establecido límite.

Guardar **Imprimir** **Cerrar**