**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: 28 de Octubre de 2016, excepto para los Dispositivos de Formación y Empleo, para los cuales no está establecido límite.**

**Cerrar** **Imprimir** **Guardar**