



Federación Nacional de Natación, Clavados, Polo Acuático y Nado Sincronizado de Guatemala

Informe Técnico Mensual Profesores

FOR-4-DT-INFO

Información general.

Nombre: Amanda Fabiola Cux Herrera **Departamento:** Totonicapán.

Piscina: Complejo Deportivo de Totonicapán y Piscina Fray

Horarios: 05:00 a 06:00 07:00 a 08:00 09:00 a 10:00 10:00 a 11:00
14:00 a 15:00 15:00 a 16:00 16:00 a 17:00 17:00 a 18:00

Días de trabajo: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado

Mes y año: Mayo del 2023

Información Específica.

Objetivo general:

Integración adecuada de la natación como disciplina deportiva en el fortalecimiento de capacidades.

Objetivos específicos:

Desarrollar su flotación dentro del agua sin ningún material.

Mejorar de manera técnica su brazada y patada respiración en las series y repeticiones de cada ejercicio específico.

Ejecutar los diversos ejercicios para mejorar sus capacidades físicas en la natación.

Micro ciclo: 4 Modulo: 2 Numero de clases planificadas: 20

Clases efectivas: Si

Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:

Inasistencia de los atletas por las lluvias de la tarde

Y algunos que se enfermaron.

Asistencias.

Adjuntar al informe.

Capacitaciones.

Recibió alguna capacitación: No

Si su respuesta fue si, especifique:

Lugar: Haga clic aquí para escribir texto.
Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.
Entidad organizadora: Haga clic aquí para escribir texto.
Comentarios: Haga clic aquí para escribir texto.

Observaciones.

En este siguiente informe se hace notar las ausencias de algunos atletas debido al clima lluvioso que surgían más por las tardes.

Así mismo informar que aun no contamos con espacio específico para nuestra asociación ya que la solicitud enviada a un no tiene una respuesta positiva a la misma. Por lo cual se le solicita tomar las medidas pertinentes para tener una solución a lo antes mencionado.



Firma de Profesor



Vo. Bo. Miembro de Comité Ejecutivo de ADD



Vo.Bo. Director Técnico



Anexos.



A:	Actividad Programada por el COG
D:	Descanso

** Toda lesión o enfermedad de atletas, deben de ser justificados con certificado médico de la Dirección de Servicios para la Competitividad

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (.E*.L.*)

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES: Se adjunta el informe y por cuestiones de revisión de informe y correcciones dadas a la misma se envía tarde con tal situación se adjunta sólo un consolidado respectivo de los datos correctos, la presente asistencia son de los días jueves y martes en la mañana, así mismo los enfermos recuperaron su clase este grupo si ha estado constante y va mejorando. Nota: Se presentó el informe primero revisión 11:00am pero se hizo notar los errores 4:30 pm.

NOTA: El entrenador sera responsable del control, de reportar justificaciones de inasistencias a los entrenamientos.

Amanda Fabiola Cux
Herrera
Nombre del Entrenador



FIRMA Y SELLO DE LA ASOCIACIÓN

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (.E.L.)

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES: De acuerdo a la planificación trabajada de lunes a sabados se ha trabajado 20 sesiones con 4 microciclos, los últimos listados no fueron adjuntados en el consolidado por datos incorrectos, así mismo mencionar que debido a la lluvia si hubo inasistencias de los atletas en las tardes de acuerdo estos dos últimos listados.

NOTA: El entrenador sera responsable del control, de reportar justificaciones de inasistencias a los entrenamientos.

Amanda Fabiola Cux Herrera
Nombre del Entrenador



Firma del Entrenador



JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS (E. L.)

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES: Por indicación y autorización del metodólogo se adjunto las asistencias de la primera que si tenía la información requerida y las otras irán ya concretamente en el otro informe.

NOTA: El entrenador sera responsable del control, de reportar justificaciones de inasistencias a los entrenamientos.

Amanda Fabiola Cux
Herrera
Nombre del Entrenador



Firma del Entrenador

