



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

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: septiembre de 2023

Información Específica.

Objetivo general:

Mejorar la técnica, resistencia y velocidad de forma progresiva en los entrenamientos de cada atleta

Objetivos específicos:

Mayor rendimiento en las sesiones de entrenamiento.

Mejorar las salidas y vuelta olímpicas con nivel avanzado e intermedio.

Desarrollo óptimo de la velocidad.

Generar confianza al desplazarse en la piscina y al momento de flotar.

Micro ciclo: 4 Modulo: 6 Numero de clases planificadas: 26

Clases efectivas: Si

Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:

Asistencias.

Adjuntar al informe.

Capacitaciones.

Recibió alguna capacitación: Si

Si su respuesta fue si, especifique:

Lugar: Ciudad de Guatemala

Fecha: 07 de septiembre del 2023

Entidad organizadora: Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala

Comentarios: Conferencia Formación del Árbitro en los Deportes con Discapacidad de manera virtual. Así mismo mencionar que estoy estudiando el nivel 4 en ciencias aplicadas al deporte.

Observaciones.

Su apoyo con respecto a que se nos proporcione la llave para poder utilizar el espacio donde tenemos algunos materiales. También recordar sobre algunos implementos que solicitamos con anterioridad, que son necesarias en nuestras actividades programadas. Agradeciendo su atención esperamos una respuesta positiva a lo antes descrito.


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
1	
2	
3	
4	

OBSERVACIONES:

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

Amanda Fehiale C.H.
 Nombre del Entrenador

[Firma]
 Firma del Entrenador

[Firma]
 FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN



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.P.)

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:

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

Amanda Fabiola Cox H.
Nombre del Entrenador

[Firma]
Firma del Entrenador

[Firma]
FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN



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:

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

Amenda Fabiola Cox Herrera,
Nombre del Entrenador


Firma del Entrenador


FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN

