



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

### Informe Técnico Mensual Profesores

FOR-4-DT-INFO

#### Información general.

**Nombre:** Carlos Enrique Villegas López    **Departamento:** Quiché

**Piscina:** Asociación de Natación Quiché

**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  Domingo

**Mes y año:** 30 de Septiembre de 2023

#### Información Específica.

**Objetivo general:** Módulo 1 Cualidades básicas, Módulo 2 Técnica de estilo libre y dorso, Módulo 3 estilo dorso y pecho, que pueda realizar con eficacia las actividades planificadas.

**Objetivos específicos:** Desarrollara la capacidad de ejecutar las actividades específicas básicas para fortalecer miembros superiores y miembros inferiores, ejecutando cada día las actividades dosificadas y planificadas.

**Micro ciclo:** 2    **Modulo:** 2    **Numero de clases planificadas:** 22

**Clases efectivas:** 22

**Factores que no permitieron cumplir con lo planificado:**

Haga clic aquí para escribir texto.

#### 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.**

Haga clic aquí para escribir texto.



**Firma de Profesor**

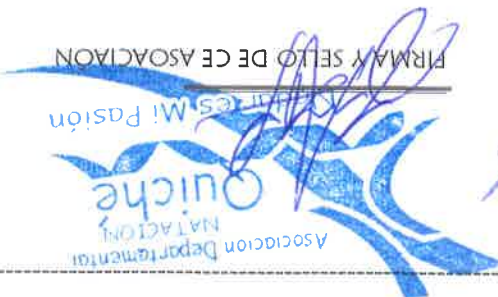


**Vo.Bo. Miembro de Comité Ejecutivo de ADD**


**Vo.Bo. Director Técnico**





FIRMA Y SELLO DE CE ASOACIAON

*[Handwritten Signature]*  
 Firma del Entrenador

Nombre del Entrenador  
 Carlos E. Villagas L.

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

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**OBSERVACIONES:**

No.	Nombre	Documento Adjunto
1		
2		
3		
4		

JUSTIFICACION DE INASISTENCIAS ( \* E\*,●):

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

X:	Asistencia
●:	Ausencia
E:	Enfermedad**
L:	Lesion**
C:	Competencia o Campamento
A:	Actividad Programada por el COG
D:	Descanso

Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:  
 100%