

	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 09:00 a 10:00 10:00 a 11:00 11:00 a 12:00

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: agosto de 2024

Información Específica.

Objetivo general:

Constante preparación para las ultimas competencias y que los atletas mejoren su rendimiento deportivo al competir que le permita seguir creciendo como atleta.

Objetivos específicos:

Mejorar biomecánicamente los 4 estilos ,así mismo las salidas y llegadas.

Relacionar el trabajo de fuerza, velocidad y resistencia durante el entrenamiento.

Fortalecer habilidades básicas dentro del medio acuático.

Micro ciclo: 4Modulo: 7 Numero de clases planificadas: 27

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: Puebla, México

Fecha: 23/07/2024

Entidad organizadora: BIONTEGRA

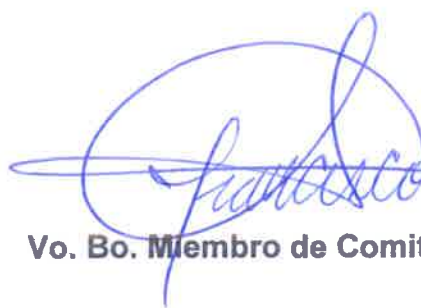
Comentarios: Curso sobre la formación profesional del entrenador de natación de manera virtual

Actualmente recibiendo los cursos de valores en el deporte, metodología de la investigación cualitativa y actualización de teoría y metodología del entrenamiento deportivo, algunos asincrónicos y sincrónicos.

Observaciones:



Firma de Profesor



Vo. Bo. Miembro de Comité Ejecutivo de ADD



Vo.Bo. Director Técnico.



C:	Competencia o Campamento
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 (F* L*)

No.	Nombre
1	
2	
3	
4	

OBSERVACIONES: Nuestra matrícula se mantiene actualmente

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

Amanda Fabiola Lux Herrera
 Nombre del Entrenador

[Firma]
 Firma del Entrenador



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 (F* L)

No.	Nombre	Documento Adjuunto
1		
2		
3		
4		

OBSERVACIONES:

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

Amanda Fabiola Cruz Herrera
Nombre del Entrenador

[Firma]
Firma del Entrenador



Porcentaje de asistencia General de la Matricula del Mes:

X:	Asistencia
●:	Ausencia
E:	Enfermedad**
L:	Lesion**
C:	Competencia o Campamento
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.

Amanda Fabiola Cu Hara

Nombre del Entrenador

[Firma]

Firma del Entrenador



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

Amanda Fabiola Cer Herrero

Nombre del Entrenador

[Firma]

Firma del Entrenador



[Firma]

FIRMA Y SELLO DE CE ASOCIACIÓN