|  |  |
| --- | --- |
| Comité Olímpico Nacional |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Deporte |  |

**IMPORTANTE: El Comité Olímpico Nacional debe cumplimentar y firmar este formulario antes de enviarlo a Solidaridad Olímpica, *en formato electrónico*, a más tardar un (1) mes después de la finalización del curso.**

**descripción del formación**

|  |  |
| --- | --- |
| Fechas del curso | Fecha de inicio Introducir la fecha dd/mm/aaaa Fecha de finalización Introducir la fecha dd/mm/aaaa Duración total:  días |
| Lugar del curso (ciudad) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido(s)/Nombre(s) del experto |  |
| Fechas de la estancia | Fecha de llegada Introducir la fecha dd/mm/aaaa Fecha de salida Introducir la fecha dd/mm/aaaa Duración total:  días |

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de curso técnico | Nivel de formación *(según los criterios establecidos por la FI)* |
|  |  |

|  |
| --- |
| Participantes |
| Entrenadores Prof. EF Otros  Total  De los cuales  mujeres  | CON invitados, si se trata de un curso regional *(excepto el CON que organiza el curso) :**
*
*
 |

|  |
| --- |
| Contenido del programa *(resumen)* |
|  |

**evaluación de los aspectos pedagógicos del curso**

|  |  |
| --- | --- |
| Idioma |   |
| ¿Se han requerido servicios de traducción? |  |
| En caso afirmativo, evalúe la calidad: |  |
| Comentarios: |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Se ha contado con la presencia de un experto local? |  |
| Apellido(s)/Nombre(s) del experto local |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Interés y aptitud general de los participantes |  |
| Nivel de los participantes |  |
| Homogeneidad del grupo |  |
| Detalles/comentarios: |

|  |
| --- |
| Método de evaluación y resultados obtenidos por los participantes |
| Evaluación escrita Evaluación oral Otra  (por favor, precise)  |
|  Detalles/comentarios: |

*(adjunte la lista de resultados)*

|  |
| --- |
| Participantes que pueden ser recomendados para recibir una beca olímpica |
| Apellido(s) | Nombre(s) | Fecha de nacimiento | Nacionalidad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 *(adjunte información adicional si corresponde)*

**evaluación de los aspectos logísticos del curso**

|  |
| --- |
| Lugar de la formación Nivel |
| Aula  Sala de entrenamiento  Otros   |

|  |
| --- |
| Material disponible |
| Soporte audiovisual  Otros Retroproyector  Lector DVD   |
| Comentarios: |

|  |
| --- |
| Alojamiento Nivel |
| Hotel Comida  |
| Comentarios: |

|  |
| --- |
| Transporte local Nivel |
|   |
| Comentarios: |

|  |  |
| --- | --- |
| Representantes presentes durante el curso (del CON, la FN) |   |
| En caso afirmativo, por favor precise: |

|  |  |
| --- | --- |
| Problemas antes/durante/después del curso (con los participantes, la FN, la FI, el experto u otros) |  |
| En caso afirmativo, precise: antes  durante  después  |
| Comentarios: |

|  |
| --- |
| Comentarios generales |
|  |

apéndices requeridos

|  |  |
| --- | --- |
| Selección de las mejores fotografías 1) |  |
| Cualquier otra información necesaria (recortes de prensa, comentarios, etc.) – Especifique:    |  |

**EL COMITÉ OLÍMPICO NACIONAL**

Yo, el abajo firmante, presidente/secretario general del CON antes mencionado, declaro que la información facilitada más arriba es verídica.

Sello

Nombre, cargo (presidente o secretario general) y firma: Fecha:

Este formulario está disponible también en NOCnet <http://extranet.olympic.org/nocnet>

1) Consulte las *Directrices para el envío de las fotografías facilitadas por los CON* (Véase la carpeta II - Comunicación)