Espinosa, 8, 3º, despacho 306-307 · Tel 96 392 48 17 · · 46008 VALENCIA.
Médico Pascual Pérez 44, 1º C · Tel 96 514 32 88 · · 03001 ALICANTE
valenciakarate@fkaratecv.es alicantekarate@fkaratecv.es **www.fkaratecv.es**

CURSO DE ENTRENADOR/A DE KARATE NIVEL 1
SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DEL PERIODO DE PRÁCTICAS

CÓDIGO DEL CURSO: TR/A/KARAT/18/2020-24
CELEBRADO EN**: VALENCIA** FECHA: **DEL 28 JUNIO AL 3 OCTUBRE 2020**

PERIODO DE PRÁCTICAS DESDE: **5/10/2020 AL 6/10/2021**

PRÁCTICAS AUTORIZADAS ANEXO I

1.- DATOS DEL ALUMNO

NOMBRE_____APELLIDOS_____

D.N.I._____

2.- ENTIDAD DEPORTIVA DONDE REALIZARÁ LAS PRÁCTICAS:

3.- TÉCNICO QUE EJERCERÁ DE TUTOR y COORDINADOR

NOMBRE_____APELLIDOS_____

FORMACIÓN DEPORTIVA _____ Nº TIT. _____

_____a____de_____de_____

VºBº El Presidente de la Entidad *Fdo. Profesor Tutor*

(nombre y firma) *(nombre y firma)*

Sello de la entidad deportiva

D/Dª_____ D/Dª_____

DNI _____ DNI _____