



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/18/2019-14**

CELEBRADO EN: **VALENCIA** FECHA: **DEL 28 junio al 5 octubre 2019**

PERIODO DE PRÁCTICAS DESDE: **5 oct 2019 al 6 oct 2020**

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

(nombre y firma)

Fdo. Profesor Tutor

(nombre y firma)

Sello de la entidad deportiva

D/Dª _____

D/Dª _____