

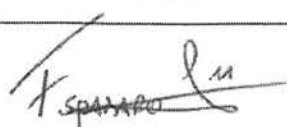
INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
------------	---------------

Nombre	SPADARO SERQUEIRA FRANCO		
RUT	[REDACTED]	Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 15:00-16:00	SAB 09:00-10:00	PARQUE ARAUCANO	21
T.2	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 16:00-17:00	SAB 10:00-11:00	PARQUE ARAUCANO	23
T.3	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 17:00-18:00	SAB 11:00-12:00	PARQUE ARAUCANO	22
T.4	ESCUELA DE FUTBOL	MIE 18:00-19:00	SAB 12:00-13:00	PARQUE ARAUCANO	23
T.5	-	-	-	-	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Actividades físico-técnico: cambios de sentido, velocidad, dirección y freno con balón. Táctica: bloques defensivos y basculación del balón.
T.2	Actividades físico-técnico: pases cortos, a ras de piso y media altura. Táctica: anticipación y marcación de forma individual como grupal.
T.3	Actividades físico-técnico: diferentes tipos de control, semiparada y control orientado. Táctica: cobertura y despejar hacia las bandas.
T.4	Actividades físico-técnico: tiros a portería con freno y remate, controlando el balón en el aire y luego definiendo. Táctica: reconversión y sistemas de juego.
T.5	

Firma prestador de los servicios	
---	--

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. SPADARO SERQUEIRA FRANCO, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. SPADARO SERQUEIRA FRANCO .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR :

Franco Spadaro

DEPARTAMENTO :

DEPORTES

PROGRAMA :

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

2025

5-6 años

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER Fútbol Mixto	LUGAR DE EJECUCION Parque Anicaco
NOMBRE DEL PROFESOR Francisco Spadaro	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER Miércoles (16:00 - 19:00) - Sábado (9:00 - 12:45)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	IN FEECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
		02/08/2025	06/08/2025	09/08/2025	13/08/2025	16/08/2025	20/08/2025														
1 ABILAS MIRANDA JOSE	P	J	P	P	P	P															
2 ALONSO SALINAS LUCAS	P	P	P	P	P	P															
3 AWANES FREIRE CARLOS	P	P	P	P	P	J															
4 AWARER FREIRE EDUARDO	P	P	P	P	P	P															
5 AWARER ARANCIO LUCAS	P	J	P	P	P	P															
6 BRESSAN BOGETTI GERVASIO	P	J	P	P	P	P															
7 CALEJAS SILVA FALCONO	P	P	P	J	P	P															
8 CARCAMO MAURICIO SIMON	P	P	P	P	P	P															
9 GONZALEZ BUSTAMANTE MARIA	P	P	P	P	P	P															
10 GURMAN HERRERA ALONSO	P	P	P	P	P	P															
11 IBARRA ANDRÉS SANTIAGO	P	P	J	P	P	P															
12 INOSTROZA TRONCOSO JULIAN	J	P	P	P	P	P															
13 LARAIN RIVERA ALONSO	P	P	P	J	P	P															
14 MARTINEZ BAYLEY BENIGNO	P	P	P	P	J	P															
15 MARTINEZ SEGUNDO	P	P	P	P	P	P															
16 MELLA GUERRA MARICELA	J	P	P	P	P	P															
17 MINER GARCIA BALTAZAR	P	P	P	P	P	J															
18 MORALES LAGO JOSE	P	J	P	P	P	P															
19 ORTIZ SALGADO JOAQUIN	P	P	P	J	P	P															
20 ORTIZ EDUARDO THOMAS	P	P	P	P	P	J															
21 PARRA SANTIAGO ANTONIO	P	P	J	P	P	P															
22 VALENZUELA CARRASCO JAVIER	P	P	P	P	P	P															
23 VARGAS HEISEN JOSE	P	P	P	P	P	P															
24 VERA URRUTIA IGNACIO	P	P	P	J	P	P															
25 VIVANCO BOS SANTOS HEYNO	P	P	P	P	P	P															

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
 MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

PLANILLA CONT

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES	N°	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
					02/08/2015	06/08/2015	09/08/2015	13/08/2015	16/08/2015	20/08/2015														
26	Zepeda Ulloa Diego				J	P	P	P	P	P														
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								
36																								
37																								
38																								
39																								
40																								
41																								
42																								
43																								
44																								
45																								
46																								
47																								
48																								
49																								
50																								
51																								
52																								
53																								
54																								
55																								
56																								
57																								
58																								
59																								
60																								
N° DE ASISTENTES POR SESION					23	22	24	22	25	23														

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										No	NO
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR

:

Franco Spadaro

DEPARTAMENTO :

DEPORTES

PROGRAMA

:

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

2025

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
Talleres Mixto	Parque Amueano
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Francisco Spadano	Miércoles (16:00 - 19:00) - Sábado (9:00 - 12:45)

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	SESIONES FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2 Agosto	6 Agosto	9 Agosto	13 Agosto	16 Agosto	20 Agosto														
1	Luke Pavlen		P	P	I	I	P	P														
2	José Pedro Pavlen		P	P	I	I	P	P														
3	Heimundo Davine		P	P	P	P	P	P														
4	Gabriel Prieto		P	P	P	P	P	P														
5	Mariano Burgos		P	P	P	P	P	P														
6	Martina Bustamante		I	I	P	P	P	P														
7	Federico Corpinacci		P	P	P	P	P	P														
8	Lucas Corpinacci		P	P	P	P	P	P														
9	Felipe Cortes		P	I	P	I	P	I														
10	Juan Del Campo		P	I	P	I	P	I														
11	Clara Donohue		I	I	I	I	I	I														
12	Abel Quene		P	I	P	I	P	I														
13	Tomás Heiman		I	I	I	I	I	I														
14	Dominie Reike		P	P	P	P	P	I	P													
15	Romano Pinochet		P	P	P	P	P	P														
16	Steve Muspre		I	I	I	I	I	I														
17	Benjamin Pohlus		P	P	P	P	P	P														
18	Pedro Sepulveda		P	P	P	P	P	P														
19	Martin Loto		P	P	P	I	I	P														
20	Matias Ulloa		P	P	P	J	J	J														
21	Simon Valdenegro		P	P	P	P	P	P														
22	Casper Valdez		P	P	I	P	P	P														
23	Matias Valenzuela		P	P	I	P	P	P														
24	Martin Valenzuela		P	P	I	P	P	P														
25	Fernando Venegas		P	P	P	P	P	P														

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "I" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
12/03/25

DEPARTAMENTO
Deportes

INSCRIPCION MINIMA :
(Con menor del mínimo se debe evaluar cantidad del taller)

25

F. TERMINO
30/11/25

PROGRAMA
Talleres Recreativos y de Desarrollo

[illegible]

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N° SESIONES POR MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			2 Agosto	9 Agosto	9 Agosto	13 Agosto	16 Agosto	20 Agosto														
26	Tomás Vidal.		P	P	P	P	P	P														
27	Adolfo Zetanguluy		P	P	P	P	P	P														
28	Roberto Zetanguluy		P	P	P	P	P	P														
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						
N° DE ASISTENTES POR SESION			11	20	20	20	21	20														

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe

evaluar continuidad del

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44			
																										¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
26																										NO	NO
27																										NO	NO
28																										NO	NO
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											
41																											
42																											
43																											
44																											
45																											
46																											
47																											
48																											
49																											
50																											
51																											
52																											
53																											
54																											
55																											
56																											
57																											
58																											
59																											
60																											


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR

:

Francisco Godano

DEPARTAMENTO :

DEPORTES

PROGRAMA

:

TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO :

2025

9-10 Años

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL TALLER	LUGAR DE EJECUCION
FUTBOL Mito	Parque Aquicando
NOMBRE DEL PROFESOR	DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER
Franco Spadaro	viernes (16:00 - 19:00) - Sabado (9:00 - 12:45)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	N.º	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
			02-08	06-08	09-08	13-08	16-08	20-08														
1	MATIAS ARAYA SERRANO	P	P	/	P	P	P															
2	BRUNO BAHAMONDES	P	P	P	P	P	J															
3	BURGOS HANCA	P	P	/	J	P	P															
4	BUSCAGLIA DANTE	P	P	P	/	P	P															
5	CARNAJAL BARRALES	P	P	P	P	P	J															
6	CAVIEDES PRADENAS EDU	P	P	P	/	P	P															
7	DEL CAMPO BELTRAN	P	P	P	/	P	P															
8	DELBAND ESTEBAN	P	P	P	P	/	P															
9	DIAL MEUGBO JUAN	P	P	P	P	P	P															
10	DUEÑAS GIACOMO	J	P	P	P	P	P															
11	ESCORAM JOSE	P	P	P	P	P	P															
12	FERNANDEZ MATEO	/	P	P	P	P	P															
13	FU YEN LIAM	P	P	P	P	P	P															
14	LLOPIS BASTIAN	P	P	P	P	P	P															
15	MAZZEI ALBERTO	P	P	P	P	P	P															
16	NAVARELO MARTIN	/	P	P	P	P	P															
17	QUISPE WYATT ELIOT	J	P	P	P	P	P															
18	RADDATZ MATIAS	P	P	P	P	/	P															
19	RANDEI DUQUE	P	P	J	P	/	P															
20	RIVERA DAMIAN	P	P	P	P	P	P															
21	ROSAS CRISTOPAL	P	P	P	P	P	P															
22	SAGEL PEDRO LEON	P	P	P	P	/	P															
23	SOTO CONSTANZA	/	P	/	P	P	P															
24	SOTO TOMAS	P	P	P	P	P	P															
25	VALDENEGRO TOMAS	P	P	/	P	P	P															

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

F. INICIO
17-03-29

DEPARTAMENTO
Deportes

INSCRIPCION MINIMA :
(Con un mes de antelao se debe
evaluar continuidad del taller)

25

F. TERMINO
30-11-26

PROGRAMA	
Taller Recreativo y de Desarrollo	

[illegible]

PLANILLA CONTI

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	FECHA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26 JENGO VENEGAS	02-08	P	P	J	J	P	P														
27 VIDAL LOPEZ SANTIAGO	06-08	P	P	P	J	P	P														
28 YANER NOAH	09-08	P	P	/	/	P	P														
29 ZUMAYA ALAN IKER	13-08	P	P	P	P	P	P														
30	16-08																				
31	20-08																				
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					
51																					
52																					
53																					
54																					
55																					
56																					
57																					
58																					
59																					
60																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION	71	29	24	24	25	24															
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UN "/" (SLACH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX.
ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

LINK

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se
debe
evaluar continuidad del:

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	LES ADULTO MAYOR? (SI/NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI/NO)
26																									NO	NO
27																									NO	NO
28																									NO	NO
29																									NO	NO
30																										
31																										
32																										
33																										
34																										
35																										
36																										
37																										
38																										
39																										
40																										
41																										
42																										
43																										
44																										
45																										
46																										
47																										
48																										
49																										
50																										
51																										
52																										
53																										
54																										
55																										
56																										
57																										
58																										
59																										
60																										


FIRMA PROFESOR

CONTROL DE ASISTENCIA

PROFESOR

: FRANCO SPADARO

DEPARTAMENTO : DEPORTES

PROGRAMA

: TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

AÑO : 2025

15-17 años

PLANILLA CONT

OL DE AS

F. INICIO
17/03/17

NOMBRE DEL TALLER <i>Fútbol Mito</i>	LUGAR DE EJECUCION <i>Parque Araucano</i>
NOMBRE DEL PROFESOR <i>Francisco Spadaro</i>	DÍAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER <i>Miércoles (16:00 - 19:00) - Sábado (9:00 - 12:45)</i>

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				19/03	22/03	26/03	29/03	02/04	05/04	09/04	12/04	16/04	23/04	26/04	30/04	03/05	07/05	10/05	14/05	17/05	24/05	28/05	31/05
1	Baxani Harmon	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
2	Burich Marcos	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
3	Calles Jose	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4	Cataldo Cristobal	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5	Cipriano Lorenzo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
6	Dauke Benjamin	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7	Demarco Benjamin	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
8	Figueroa Aquilino	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
9	Figueroa Sebastian	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10	Faria Facundo	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
11	Gonzalez Jonathan	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12	Harting Thiago	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
13	Haque Martin	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
14	Hernandez Diego	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
15	Jaramila Andres	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
16	Jaramila Benjamin	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
17	Jorales Baltazar	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
18	Ortiz Jose Tomas	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
19	Perez Diego	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20	Suarez Hans	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
21	Van Hien Pedro	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
22	Varquez Javier	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
23	Yanez Gonzalo	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
24	Zapata Santiago	P	P	P	P	P	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
25	Rojas Ignacio																						

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

ROL DE ASISTENCIA

PLANILLA CONT

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)		N S E S I O N E S F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
26	Munoz Eduardo																					
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						
41																						
42																						
43																						
44																						
45																						
46																						
47																						
48																						
49																						
50																						
51																						
52																						
53																						
54																						
55																						
56																						
57																						
58																						
59																						
60																						

N° DE ASISTENTES POR SESION

- MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES
- MARQUE CON UN "/" (SLASH) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES
- MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

CONT

ROL DE ASISTENCIA

Con menos del mínimo se debe evaluar continuidad del taller

evaluar continuidad del taller

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
																	01/03	06/03	09/03	13/03	16/03	10/03		
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								
32																								
33																								
34																								
35																								
36																								
37																								
38																								
39																								
40																								
41																								
42																								
43																								
44																								
45																								
46																								
47																								
48																								
49																								
50																								
51																								
52																								
53																								
54																								
55																								
56																								
57																								
58																								
59																								
60																								

¿ES ADULTO MAYOR? (SI / NO)	PRESENTA CERTIF. MEDICO (SI / NO)
No	No

30 31 32 33 34 35


FIRMA PROFESOR