



CERTIFICADO DE PRACTICAS DEL CURSO DE ENTRENADOR AUXILIAR DE

(SEÑALAR ESPECIALIDAD)

(Únicamente serán válidas en los Centros concertados por la Federación correspondiente)

1. DATOS DEL ALUMNO (Adjuntar fotocopia D.N.I.)

APELLIDOS:	
NOMBRE:	D.N.I.:
Domicilio (Calle, plaza, nº):	
Código Postal:	Localidad:
Provincia:	Teléfono fijo: Móvil:
Fecha nacimiento:	e-mail:
Curso celebrado en: (Localidad)	Mes y Año:

2. CENTRO DONDE SE HAN REALIZADO LAS PRACTICAS

Nombre de la Entidad:		
Carácter (privado, municipal, federación, etc.):		
Nombre del Director o Responsable:		
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	
Frecuencia semanal:	Horarios:	
Nº alumnos	Edad media:	Nivel:

3. DATOS DEL TUTOR-SUPERVISOR

Nombre y Apellidos	DNI:
con el título de Entrenador Superior de (especialidad acorde al título) _____	
expedido por la Escuela Nacional de Entrenadores y registrado con el Número _____	

Este Certificado deberá enviarse debidamente cumplimentado junto al INFORME TECNICO por correo electrónico a la dirección mgosalvez@rfen.es EN UN SOLO DOCUMENTO .PDF
El plazo máximo para la realización de las prácticas didácticas es de **UN AÑO** a partir de la fecha de matriculación, debiendo entregarlas una vez aprobadas todas las asignaturas.

Vº Bº
Jefe de Estudios

El Supervisor