



**SINALOA**  
GOBIERNO DEL ESTADO

**INSTITUTO SINALOENSE DE CULTURA FISICA Y EL DEPORTE  
DIRECCION DE ALTO RENDIMIENTO  
DEPARTAMENTO SELECTIVO Y OLIMPIADA**



Instituto Sinaloense de  
Cultura Física y el Deporte

**CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL ATLETA BECARIO**

FECHA DE ELABORACION: \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) NOMBRE(S)

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DIA MES AÑO

**DEPORTE:** \_\_\_\_\_ **CATEGORIA:** \_\_\_\_\_

**ENTRENADOR:** \_\_\_\_\_  
(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) NOMBRE(S)

**PLAN ANUAL DE COMPETENCIAS SEP-2018 / JUN-2019**

EVENTO	FECHA	SEDE

**COMPETENCIAS DURANTE EL BIMESTRE**

EVENTO	FECHA	SEDE	RESULTADO

\_\_\_\_\_  
**FIRMAR DEL DEPORTISTA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ENTRENADOR**