1. **Información General**
2. Federación y/o Asociación Deportiva Nacional:
3. Nombre del Psicólogo a cargo de la presentación de este Informe:
4. Informe mensual correspondiente al mes de:
5. Lugar en donde se realizaron las terapias:
6. Cantidad de horas de servicios prestados al mes:
7. Días de atención:
8. **Objetivo planificado para el mes en el área de Psicología:**
9. **Listado de Atletas atendidos en el mes:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Tipo de atleta** | | | **No. atención realizadas** | **No. inasistencias** | **Justificación** | **Orientación Psicológica** |
| **PRT COG** | **Preselección** | **Selección** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Tipo de instrumentos y/o pruebas aplicadas para el seguimiento por atleta:**
2. **Resultados de pruebas aplicadas:**
3. **Detalle las actividades grupales realizadas:**
4. **Participó o impartió capacitaciones durante el mes:** (Incluir tema, fecha, modalidad, copia de certificación de curso, etc.)
5. **Otras actividades realizadas durante el mes:** (Participación en competencias, reuniones, resultados de pruebas morfofuncionales, etc.)
6. **Gráfica de total de sesiones realizadas:**
7. **Observaciones:**
8. **Nombre y firma del Psicólogo del Programa Asistencia Técnica:**
9. **Nombre y firma del Director Técnico o Gerente General de la Federación y/o Asociación Nacional:**
10. **Nombre, firma y sello de un miembro de Comité Ejecutivo de la Federación y/o Asociación Nacional:**