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

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

1. **Tipo de evaluación (antropométrica y/o hidratación) realizada para el seguimiento por atleta:**
2. **Resultados de la evaluación realizada:**
3. **Detalle de las actividades grupales realizadas (charlas educativas, talleres a atletas o padres de familia, etc.):**
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, entrega de resultados de pruebas morfofuncionales y/o de terreno, etc.)
6. **Gráfica de total de sesiones realizadas:**
7. **Observaciones:**
8. **Nombre y firma de la Nutricionista 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:**