|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **año** |  | **Martes a viernes** | | **Sólo martes y jueves** |
| **Hora** | **10:30** | **11:30** | **15:30** |
|  |  | 2024 | Marca “ x “ en la alternativa escogida |  |  |  |

**DATOS INSTITUCIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la institución** | **Tipo de financiamiento: P. Pagado, P. Subvencionado, Municipal, Otras instituciones** | **Dirección** | **Comuna** | **Región** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Teléfono (s) de la institución** | **Correo electrónico de la institución** |
|  |  |

**DATOS GRUPO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tema/objetivo/ exposición a visitar** | **Curso/ Nivel/ Especialidad** | **N° de integrantes** | **N° de adultos acompañantes** |
|  |  |  |  |

**CONSIDERACIONES RESPECTO AL GRUPO**

|  |
| --- |
| **Si su grupo incluye integrante(s) con alguna necesidad especial (personas con discapacidad, movilidad reducida, neuro-divergencia, necesidades educativas especiales, etc.), por favor especifíquelo en la siguiente casilla:** |
|  |

**DATOS ENCARGADO DE GRUPO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombres** | **Apellidos** | **Fono móvil** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Correo electrónico encargada/o de grupo** |
|  |