



## Memoria de actividades complementarias á formación

Curso:		Departamento:			
Data	Nome da ACF	Coordinador/a	Grupo/s destinatari	Consecución dos obxectivos, valoración	Tipo (1*) E/C

(1\*) (E/C) Extraescolar fora do horario lectivo, Complementaria dentro do horario lectivo

Data:

Asinado polo xefe/a de departamento: