

ANEXO 1

ASOCIACIÓN SCOUTS DE MÉXICO, A.C. COMISIÓN NACIONAL DE FORMACIÓN PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER COMPETENCIAS

Nombre del director:

Clave:

DATOS GENERALES DEL PARTICIPANTE CIM

NOMBRE _____
CUM _____
PROVINCIA _____
GRUPO: _____
TELÉFONOS _____
Email _____
Cargo: _____

DATOS GENERALES DEL FAR:

NOMBRE _____
CUM _____
PROVINCIA _____
CLAVE DE FORMADOR _____
TELÉFONOS _____
Email _____

Evaluación Diagnóstica

Fecha de la primera visita:

Evaluación Intermedia

Fecha de la segunda visita:

Evaluación Final

Fecha de la tercera visita:

Fortalezas encontradas en la Evaluación diagnóstica:

