



NOME DA ACTIVIDADE	CURSO/S QUE PARTICIPAN	GRUPO/S	Nº DE ALUMNOS/AS	PROFESOR/A QUE ORGANIZA	DATA/ PERÍODO*

DEPARTAMENTO: _____

* De coñecerse, concretar a data; en caso contrario basta con indicar a avaliación: 1ª Av./ 2ª Av./ 3ª Av.