DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

SALUD

DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS
DEPARTAMENTO DE DEPORTE ADAPTADO

REPORTE TRIMESTRAL DEL PROGRAMA DE INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA CULTURA FISICA Y DEPORTE ADAPTADO

(1)Fecha de Elaboración: _____ **(2)Centro de Rehabilitación:** ___

(3)PERIODO: 1er TRIMESTRE ( ) 2do. TRIMESTRE ( ) 3 er. TRIMESTRE ( ) 4to. TRIMESTRE ( )

(4)No. de Exp.	(5) Tipo de Discapacidad	(6) Edad	(7) Género		(8) Tipo de canalización e Inclusión a la Cultura Física				(9) Datos adicionales		
			H	M	Recreativa	Activación para la Salud	Iniciación al Deporte	Deporte competitivo	Institución a la que se canalizó	fecha de Integración	Conecta con otro programa si/no cual

(10)

No. de Usuarios Atendidos directamente por el Responsable del programa (_____) Usuarios Externos canalizados

(11)

Principales causas de rechazo o deserción del programa:

Acciones de Seguimiento	Visitas:( )	Periodicidad: Semanal ( ) Quincenal ( ) Mensual ( ) Trimestral ( ) + de 3 Meses ( )
	Llamadas Tel. ( )	

(13)

Tipo de Actividades de Difusión	Platicas	( )	No. Total de actividades de difusión efectuadas durante el trimestre ( )	Especifique otras Acciones:
	Entrevistas	( )		
	Gráficos	( )		
No. de Asistentes		( )		
No. de Detecciones		( )		
No. de Canalizaciones		( )		

(14)

Responsable del Programa

Vo.Bo. Coordinador General