



ENTENAMIENTO DE ENTRENADORES UANA Y CERTIFICACION DE PROGRAMA PILOTO FORMULARIO DE APLICACIÓN

Nombre de la Federación Anfitriona o

Club _____

Nombre de la Federación Anfitriona Líder/ Contacto Primario

Dirección de e- mail _____

Número de Teléfono _____

Nivel de Curso Solicitado (Iniciante, Intermedio o Avanzado)

Fechas Solicitadas del Curso/Clinica: _____

Número Estimado de Entrenadores que asistirán al Curso:

Acuerdo de Federación (es) o Club:

Yo _____ **de parte de la Federación (es) o el Club (s)**

_____ **estoy de acuerdo a los términos siguientes y
responsabilidades:**

- 1. Completar la Aplicación del Programa piloto y enviar a Rose Cody Presidente del CTNS de UANA a rosecodypagan@gmail.com y a Leslie Sproule Presidente del Sub Comité de Entrenadoras de UANA a sproule@telusplanet.net**

2. Acuerdo del pago del costo de:

a. El precio del pasaje para el Entrenador mentor/Clinico (la estimación de costos es de = USD de 1,500.00 dólares (el costo variará basado en la posición del entrenador mentor y Federación).

b. El hotel, el alimento para el Entrenador Mentor durante el Curso/Clinica (la estimación de costos es de =USD de 1,500.00 dólares (el costo variará basado en la locación)

c. Las directrices para Honorarios para el Curso/Clinica/Mentoría es de = 1,500 dólares – a USD de 2,500.00 dólares dependiendo de la experiencia y calificaciones (cubre la preparación de curso, la entrega de curso y seguimiento del mentor).

3. Antes del Curso la Federación (es) o el Club estarán de acuerdo con proveer:

a. Facilitar información de la clase y sesiones de piscinas

b. Información de hotel para el entrenador mentor/clínico

c. Método de pago de los honorarios al Entrenador mentor sobre la terminación del curso/clínica (Transferencia de banco o dinero efectivo)

4. El acuerdo siguiente debe rendirse después de la terminación de curso/clínica:

a. Informe de evaluación y de recomendaciones.

b. Gastos reales (e ingresos explorados)

c. Petición (si alguno) para un seguir encima de curso/clínica con fechas preferidas.

Firma de Federación o Representante

Autorizado: _____

Fecha: _____

