



## ESCUELA CUENTA CUENTOS CIENTÍFICOS

### FORMULARIO INSCRIPCIÓN

#### IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL Y/O JARDÍN INFANTIL

<b>NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y/O JARDÍN INFANTIL:</b>		
<b>COMUNA:</b>	<b>CIUDAD:</b>	<b>RBD:</b>
<b>NOMBRE DIRECTOR:</b>		
<b>RUT:</b>	<b>E-MAIL</b>	<b>TELÉFONO:</b>

#### DATOS DOCENTE Y/O EDUCADORA DE PARVULO PARTICIPANTE

<b>NOMBRE:</b>	
<b>RUT:</b>	<b>E-MAIL:</b>

<b>JORNADA</b>	Jornada a la que desea asistir (Marque con una x la opción.)	<b>CASTRO / Sábado 12 de agosto / 10:00 a 18:00 horas</b>
		<b>OSORNO / Sábado 19 de agosto / 10:00 a 18:00 horas</b>
		<b>PUERTO MONTT / Sábado 26 de agosto / 10:00 a 18:00 horas</b>

- Cabe señalar que esto corresponde a una **pre-inscripción**, que se validará al momento de recibir la confirmación de la Encargada del Área de Divulgación del PAR Explora Los Lagos, [divulgacionexplora@ulagos.cl](mailto:divulgacionexplora@ulagos.cl).
- Sólo podrá inscribirse en la Escuela de Cuenta Cuentos un educador/a o profesor/a por establecimiento educacional. Si llega más de una pre-inscripción por establecimiento educacional, la primera solicitud en llegar será considerada, quedando las demás en lista de espera, luego que se terminen las postulaciones se notificará si quedan cupos disponibles.
- Esta actividad es completamente **GRATUITA**, los docentes y/o educadoras de párvulo solo deben comprometerse a asistir a las jornadas indicadas y realizar la sesión de cuenta cuento en la fecha coordinada por el PAR Explora de CONICYT Los Lagos.



**ANEXO: CARTA DE COMPROMISO  
 ESCUELA DE CUENTA CUENTOS CIENTIFICOS  
 PAR EXPLORA DE CONICYT LOS LAGOS 2017**

Fecha<sup>1</sup>

Yo Nombre Completo, RUT con puntos y guión, Director/a del Establecimiento Educacional Nombre Establecimiento, RBD Número, ubicado en la Comuna de Nombre Comuna, Región de Los Lagos me comprometo a respaldar la implementación de la actividad "Escuela de Cuenta Cuentos Científicos" y entregar los recursos del establecimiento necesarios para permitir el éxito de la misma, de modo de otorgar las facilidades para que el/la Docente y/o Educadora de párvulo Nombre Completo, lleve a cabo esta iniciativa.

De acuerdo a esto, declaro estar en conocimiento del contenido de las bases de postulación y me comprometo a la realización de las siguientes acciones dentro del establecimiento:

1. Otorgar los 60 minutos para que el/la Docente y/o Educadora de párvulo pueda desarrollar la sesión de cuenta cuento en su establecimiento educacional, el día 04 de octubre del 2017.
2. Disponer o facilitar la infraestructura requerida para realizar la sesión de cuenta cuento, cumpliendo con los requerimientos mínimos para su desarrollo lo que considera un: espacio amplio con buena acústica, en caso de no existir deben de contar con amplificación; disposición de sillas tipo media luna e iluminación adecuada.
3. Autorizar a el /la docente para que pueda asistir a la capacitación del PAR Explora de CONICYT Los Lagos, y a la reunión de certificación.

Firma y timbre Establecimiento educacional	
Nombre Director/a	
Firma	
Nombre Docente	

<sup>1</sup>Reemplazar el texto en rojo; <sup>2</sup>Firmar y escanear documento para adjuntarlo a postulación