**FICHA INSCRIPCIÓN**

**Visita a XV Congreso Regional Escolar de la Ciencia y la Tecnología Explora de CONICYT Región de Los Ríos**

***Enviar el presente formulario al correo electrónico*** ***explora14.enlaces@uach.cl***

 **1. DATOS DEL PROFESOR(A) RESPONSABLE:**

|  |
| --- |
| **Nombre:** |
| **Teléfono:**  | **Celular:**  |
| **Correo electrónico:**  | **Asignatura:**  |

1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL:**

|  |
| --- |
| **Nombre Establecimiento:**  |
| **RBD:**  | **Índice de Vulnerabilidad (I.V.E):**  |
| **Nombre Director/a:** |

**3. DATOS DE LOS ESTUDIANTES ASISTENTES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cantidad de estudiantes:** |  |
| **Curso de estudiantes:**  |  |

**4. FECHA DE LA VISITA (INDIQUE CON UNA X LA FECHA DE VISITA, PUEDE ASISTIR EN CUALQUIER HORARIO ENTRE LAS HORAS INDICADAS)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miércoles 26 de septiembre (Entre 09:00 y 12:00 horas)** |  |
| **Jueves 27 de septiembre (Entre 9:00 y 13:00 horas)** |  |