NOMBRE: _____ PERIODO DE CALIFICACIONES: _____

REGISTRO DE PRACTICA SEMANAL

APUNTE SUS MINUTOS DE PRACTICA CADA DIA Y TRAIGA ESTE FORMULARIO CADA SEMANA FIRMADO POR UNO DE SUS PADRES.

PRACTICA SEMANAL QUE SE EXIGE:

- **PRINCIPIANTES:** 10 MINUTOS POR DIA O 20 MINUTOS CADA OTRO DIA (UN MINIMO DE 70 MINUTOS)
- **DE SEGUNDO AÑO PARA ARRIBA:** POR LO MENOS 100 MINUTOS POR SEMANA (20 MINUTOS, 5 VECES POR SEMANA)

REGISTRO DE PRACTICA (EMPIECE CON EL DIA DE SU CLASE)

DIAS DE LA SEMANA								TOTAL	FIRMA DE LOS PADRES
SAMPLE: DATE: 11/1	10	15	20	10	15	10	10	90	
WEEK 1 DATE:									
WEEK 2 DATE:									
WEEK 3 DATE:									
WEEK 4 DATE:									
WEEK 5 DATE:									
WEEK 6 DATE:									
WEEK 7 DATE:									
WEEK 8 DATE:									
WEEK 9 DATE:									
MINUTOS TOTAL POR 9 SEMANAS	=	=	=	=	=	=	=		