

**KONTAKT NA SPORTOVNÍ ODDÍL, KLUB
ve kterém student praktikuje**

ODDÍL, KLUB

Název oddílu (klubu):

.....

Adresa:

.....

Jméno, příjmení, titul trenéra, cvičitele (jeho zařazení – trenérská třída):

.....

Kontakt na trenéra n. cvičitele, tel. spojení, e-mail:

.....

Den tréninku (zakřížkovat): Po Út St Čt Pá So Ne

Čas tréninku:

STUDENT

Jméno a příjmení, specializace:

Ročník, kombinace, kód praxe: roč.- TVS kód -

Adresa, telefon:

GARANT TMP

Kontaktní osoba: Mgr. Milena Strachová, Centrum trenérského vzdělávání, FSpS
MU Údolní 53, 602 00 Brno, tel: +420 541 146 266, Fax: + 420 541 146 261

e-mail: stachova@fsps.muni.cz