

MEMORIA ANUAL

Curso escolar	
Nombre de/de los Centros/s Docente/s:	
Nombre del Centro de Salud:	
Consultorio local (si procede):	
Nombre y Apellidos de las personas responsables:	
▪ Centro Salud/Consultorio:	
▪ Centro Docente:	
Número de participantes	
Señala las actividades que se han realizado:	
1. Jornada para 6º de Educación Primaria:	
✓ Ponencia efectos del tabaco (indica el número)	
✓ Actividad PTSC (indica el número)	
✓ Testimonio de iguales (indica el número)	
2. Actividades para 1º de Educación Secundaria:	
✓ Sesiones de presión de grupo (indica el número)	
✓ Taller efectos del tabaco (indica el número)	
✓ Concurso de carteles (indica el número)	
Alguna actividad mas desarrollada:	
Dificultades encontradas:	
Propuestas de mejora:	

Una vez cumplimentado, enviar a: PROGRAMA TABACO
 Dirección de Salud
 Hospital Perpetuo Socorro Planta 7ª
 Av Damian Tellez Lafuente s/n
 06002 BADAJOZ