DÍA DE LA SEMANA: _____ ***ENTRENAMIENTO NÚMERO:*** _____

FECHA: _____ ***HORA:*** _____ ***LUGAR:*** _____

_____ ***TEMPERATURA Y CLIMA:*** _____

_____ ***TIPO ACTIVIDAD*** _____

INTENSIDAD: _____ ***DURACIÓN:*** _____

DISTANCIA: _____ ***TIEMPO X KM:*** _____ ***KM X HORA:*** _____

RESUMEN CONTROL CARDIACO:

PUL. MIN.	*TIEMPO*	*PUL. MAX*	*TIEMPO*	*PUL. MED.*	*TIEMPO*

CONTROL EJERCICIOS CALIDAD ***(series, cuestas, cambios de ritmo etc.):***

DISTANCIA	*TIEMPO*	*PULSACIONES*	*OBSERVACIONES*
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		
	: :		

OTRAS OBSERVACIONES: _____

_____

_____

_____

_____

PESO EN AYUNAS: _____ ***PESO DESPUÉS DEL EJERCICIO:*** _____