

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		2026						
APELLIDO Y NOMBRE:		Nº DE DOCUMENTO:				EDAD:		
DIA								
HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
Indicar la distribución de las actividades formales (incluyendo sesiones en horas de asistencia semanal y jornada educativa). Lo expresado en el siguiente recuadro debe contemplar la necesidad de tiempos de descanso, traslados, alimentación y tiempo libre requerido para el apropiado desarrollo de cada propuesta terapéutica y/o educativa.								
Firma beneficiario o tutor:			Firma y sello medico tratante:					
Firma y sello equipo terapeutico:								