CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES **2027**

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 terapéutico: