Cronograma de Actividades - Discapacidad

Completar todos los campos del Formulario

Lugar de emisión ..... *Fecha*

Datos del Afiliado

Nombre y Apellido .....

Tipo y N° Documento _____ *Edad* _____ *Sexo* .....

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma indicando:

A *En la columna HORARIO detallar las prestaciones , actividades deportivas y/o culturales que recibe el Beneficiario, señalando horario de inicio y fin.*

B *En la columna DIAS colocar el día en que recibe la prestación, actividades deportivas y/o culturales, especificando el nombre de las mismas*

A		**B**						
Horario		**Días** *(Colocar el nombre de la prestación)*						
Inicio	Fin	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
8:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
:	:							
20:	:							

Firma del Padre/Madre o Tutor

Firma _____ *Aclaración* .....

Tipo y N° de Documento _____