PLAN INDIVIDUAL ............

ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**APELLIDO Y NOMBRE:**

**DOMICILIO: LOCALIDAD:**

**FECHA DE NACIMIENTO:**

**D.N.I. N°:**

**DIAGNÓSTICO:**

**OBRA SOCIAL:** **EXPEDIENTE Nº:**

**DOCENTE:**

**FECHA DEL INFORME:**

**OBJETIVOS GENERALES:**

# PSICOMOTRICIDAD

OBJETIVOS:

PLAN DE TRABAJO:

FRECUENCIA: (día y hora)

FONOAUDIOLOGÍA:

OBJETIVOS:

PLAN DE TRABAJO:

FRECUENCIA (DIA Y HORA):

PSICOLOGIA:

OBJETIVOS:

PLAN DE TRABAJO:

FRECUENCIA (DIA Y HORA):

KINESIOLOGÍA:

OBJETIVOS:

PLAN DE TRABAJO:

FRECUENCIA (DIA Y HORA):

TRABAJO SOCIAL:

OBJETIVOS:

PLAN DE TRABAJO:

FRECUENCIA (DIA Y HORA):