

SEMANA ESTATAL DE LA SALUD ESCOLAR

NIVEL _____ SOSTENIMIENTO _____ FECHA _____
 ESCUELA _____ TURNO _____ CLAVE _____
 ZONA ESCOLAR _____ SECTOR _____ MUNICIPIO _____ REGIÓN _____

DIA	ACTIVIDAD (ES)	PARTICIPACIÓN						OBSERVACIONES / INSIDENCIAS
		ALUMNOS			DOCENTES	PDRES DE FAMILIA	TOTAL	
		H	M	T				
LUNES				0			0	
MARTES				0			0	
MIERCOLES				0			0	
JUEVES				0			0	
VIERNES				0			0	
				0	0	0	0	

NOTA: Las estadísticas de alumnos y docentes no se suman, se toma la actividad que haya tenido mayor participación.

PROFR(A) _____
 DOCENTE DE EDUCACIÓN FÍSICA

PROFR(A) _____
 DIRECTOR(A) DE LA ESCUELA