

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN INICIAL  
PROGRAMA NO ESCOLARIZADO

CALENDARIZACIÓN DE ACTIVIDADES POR ZONA

Zona: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 
<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 
<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 
<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 	<div>C.Z. <input type="checkbox"/> S.M. <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/></div> DÍA: _____ HORARIO: _____ ACTIVIDAD: _____ 