Tipo de atención: IndividualGrupal

**Planificación Semanal**

Semana N° del \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_

Nombre del alumno (a):

Centro de Práctica: Curso:

Frecuencia de atención: Asistencia: SI \_\_\_ NO \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área a trabajar** | **Objetivos Específicos** | **Actividades a desarrollar** | **Recursos didácticos** | **Evaluación del proceso** |
|  |  |  |  |  |