



Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos

División de Apoyo Familiar y de la Primera Infancia

Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

Centro de cuidado infantil

Programa de actividades/plan escrito

Nombre Del Proveedor: _____ N.º de PV: _____

Dirección: _____

Calendario de actividades	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Recuerde: un plan es una extensión de un programa de actividades

NECESITA AYUDA: ver ejemplo al dorso de esta página