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**