

Centro Escolar

Centro de Educación Infantil

Agenda escolar - School diary



agendaescolar
school diary



Recíclame cuando
ya no me necesites

© AFP. GESTIÓN DEL COLOR
C/ Arregui y Aruej 15, 1ªA - 28007 Madrid
e-mail: afp@afpcolor.com
www.agendascolaresbilingues.com

Mi nombre y apellidos:
my name and surname

Etapas educativa:
educational stage

Ciclo:
cycle

Nivel:
level



Esta es mi fotografía



Me llamo:

Nombre:

Apellidos:

Mi teléfono es:

Tel: Móvil:

Mi domicilio es:

En caso de urgencia llamar a:

Nombre: Tel:

Nombre: Tel:

Nombre: Tel:

Las personas que pueden recogerme son:

Nombre: Firma:

Nombre: Firma:

Nombre: Firma:

Mi cumpleaños es el día:

..... / /

Cumple: años

Mi horario en la escuela infantil es:

Mañana de a

Tarde de a

Voy a la clase:

Curso

Letra

Mi educador/a se llama:

Blank space for writing the name of the educator.

Mi día de hoy

Día: Mes: Año:



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de 1 a
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	Crema	Toallitas
Babero	Muda Ext.	Pañales

Muda Int.

Agua



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde

Saldré antes

Mañana

Día de la semana

Día

Mes

Año

Padre/madre:

Educador/a:

Firmado

Firmado



Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua

Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua

Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

Todo Bastante Poco Nada

Desayuno
Comida
Merienda



He dormido

Bien Regular de / a

Mañana
Mediodía
Tarde

Tomas de biberón



Desayuno: Hora: : Cantidad:
Comida: Hora: : Cantidad:
Merienda: Hora: : Cantidad:

Deposiciones



Bien Regular Mal

Mañana
Mediodía
Tarde

Tenéis que traer



Bata Crema Toallitas
Babero Muda Ext. Pañales

Muda Int.
Agua



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada

Llegaré tarde Saldré antes

Mañana Día Mes Año
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Observaciones escuela:



.....
.....



Observaciones escuela:



.....
.....



Observaciones casa:



.....
.....

Observaciones casa:



.....
.....



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado		Firmado



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado		Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado



Recordatorio salida y entrada



Llegaré tarde Saldré antes

Mañana _____ Día _____ Mes _____ Año _____
Día de la semana

Padre/madre: _____

Firmado

Educador/a: _____

Firmado

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____

Mi día de hoy

Día: _____ Mes: _____ Año: _____



Cómo he pasado el día Muy bien Bien Regular Mal



He comido

	Todo	Bastante	Poco	Nada
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



He dormido

	Bien	Regular	de la
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomas de biberón



	Hora:	Cantidad:
Desayuno:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Comida:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>
Merienda:	_____ : _____	<input type="checkbox"/>

Deposiciones



	Bien	Regular	Mal
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediodía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tenéis que traer



Bata	<input type="checkbox"/>	Crema	<input type="checkbox"/>	Toallitas	<input type="checkbox"/>
Babero	<input type="checkbox"/>	Muda Ext.	<input type="checkbox"/>	Pañales	<input type="checkbox"/>

Muda Int. _____
Agua _____



Observaciones escuela:



Observaciones escuela:



Observaciones casa:



Observaciones casa:



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____



Recordatorio salida y entrada



Mañana	Llegaré tarde <input type="checkbox"/>	Saldré antes <input type="checkbox"/>
_____	Día _____	Mes _____ Año _____
Padre/madre: _____		Educador/a: _____
Firmado _____		Firmado _____