

# PLAN SEMANAL



FECHA



Semana número:

DÍA
LUNES
MARTES
MIÉRCOLES
JUEVES
VIERNES
SÁBADO
DOMINGO

EVENTOS IMPORTANTES	
	FECHA
	FECHA
	FECHA
	FECHA

**CUIDADO PERSONAL**

OBJETIVOS	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

TAREAS	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

A ESTUDIAR	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

ASIGNATURAS	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

**NOTAS**