

Programa o Proyecto:

Sub-Proyecto:

Nombre EAS:

GRUPO ÉTNICO : Indígena ____ (étnia _____)
Afro ____ Raizal ____ ROM ____

Sin pertenencia Étnica ____

GRUPO DE EDAD :

SEMANA No. XXXX						
LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
DESAYUNO						
REFRIGERIO DE LA MAÑANA						
ALMUERZO						
REFRIGERIO DE LA TARDE						
COMIDA / CENA						
REFRIGERIO NOCTURNO						

Nutricionista Dietista EAS
T.P.

Nutricionista Dietista ICBF
T.P.

Fecha de elaboración: _____