**REUNION DEL EQUIPO TÉCNICO DE ACCION SOCIAL MUNICIPAL**

CENTRO TERAPEUTICO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR y FECHA:** |  |
| **Participantes** |  |
| **Objetivos/Resultados esperados:** |  |

**Orden del día.**

**Acuerdos**

**Compromisos**

**Sugerencias**

**Recomendacioners para la casa por áreas.**

**Responsable**

-------------------------------------------------------------