

ESCOLA MUNICIPAL DR. ORLANDO IMBASSAHY
PRÓ: ALESSANDRA VENAS

NOME: _____ **2º ANO** _____

**CLIQUE NOS DIAS DA SEMANA QUE VOCÊ
FAZ ESSAS ATIVIDADES ABAIXO :**



	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO
 ESCOVAR OS DENTES							
 TOMAR BANHO							
 FAZER OS DEVERES							
 GUARDAR OS BRIQUEDOS							
 SER OBEDIENTE							
 NÃO GRITAR							
 COMER TODA COMIDA							
 DORMIR NO HORÁRIO							
 DORMIR NO SEU QUARTO							
 RESPEITAR AS PESSOAS							

