Nombre/Name:	Maestr@/Salon, Teacher / ROOM #	Fecha/Date	Tipo de Actividad/Activity Type	Atención Plena/Mindfulness type	Minutos Totales/Total Minutes
		3/19			
		3/20			
		3/23			
		3/24			
		3/35			
		3/26			
		3/27			
		3/30			
		3/31			
		4/1			
		4/2			
		4/3			
					Total /Final Total
** EL TOTAL DE LOS 300 MINUTES DEBERAN SER AGREGADOS EL 3 DE ABRIL **ALL TOTAL MINUTES MUST ADD UP TO 300 MINUTES BY APRIL 3RD					