

STUDY CHECKLIST

Study Skills

Date:

✓	#	Est. Time	Due Date	Specific Description of Activity
<input type="checkbox"/>	1.			
<input type="checkbox"/>	2.			
<input type="checkbox"/>	3.			
<input type="checkbox"/>	4.			
<input type="checkbox"/>	5.			
<input type="checkbox"/>	6.			
<input type="checkbox"/>	7.			
<input type="checkbox"/>	8.			
<input type="checkbox"/>	9.			
<input type="checkbox"/>	10.			
<input type="checkbox"/>	11.			
<input type="checkbox"/>	12.			
<input type="checkbox"/>	13.			
<input type="checkbox"/>	14.			
<input type="checkbox"/>	15.			
<input type="checkbox"/>	16.			
<input type="checkbox"/>	17.			
<input type="checkbox"/>	18.			
<input type="checkbox"/>	19.			
<input type="checkbox"/>	20.			
<input type="checkbox"/>	21.			
<input type="checkbox"/>	22.			
<input type="checkbox"/>	23.			
<input type="checkbox"/>	24.			
<input type="checkbox"/>	25.			