

**PLANOWANY HARMONOGRAM WSPARCIA na miesiąc .....**

DZIEŃ TYGODNIA	GODZINY OD- DO	IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA/ UWAGI
PONIEDZIAŁEK		
WTOREK		
ŚRODA		
CZWARTEK		
PIĄTEK		
SOBOTA		
NIEDZIELA		
Suma godzin w miesiącu:		

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
( podpis ASYSTENTA)