Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Centrum Usług Społecznych w Michałowie**
Nr umowy	**FESW.09.05-IZ.00-0016/25**
Tytuł projektu	**„Razem lepiej – aktywna świetlica środowiskowa w Michałowie"**
Wykonawca	**EDULUNO Jolanta Żaczek** **Łączna 28A, 26-140 Łączna** **NIP: 6631127954**
Forma wsparcia	**Zajęcia grupowe z zakresu zielonych kompetencji i wiedzy o klimacie oraz higieny cyfrowej, ekologii**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Tur Dolny 75, 28-411 Michałów, sala główna nr 2**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników (UP)	Prowadzący (imię i nazwisko)
04.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 2 od 15.00-17.30 Grupa nr 1 od 17.30-19.00	5	Grupa nr 2 – 15 UP Grupa nr 1 – 15 UP	mgr Klaudia Przeorska
11.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 1 od 15.00-17.30 Grupa nr 2 od 17.30-19.00	5	Grupa nr 1 – 15 UP Grupa nr 2 – 15 UP	mgr Klaudia Przeorska
18.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 2 od 15.00-17.30 Grupa nr 1 od 17.30-19.00	5	Grupa nr 2 – 15 UP Grupa nr 1 – 15 UP	mgr Klaudia Przeorska
			Łącznie 15 godzin	

09.11.2026 r. Klaudia Przeorska

……..

Data i podpis osoby sporządzającej