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	**Adam Basa**
Forma wsparcia	**Zajęcia grupowe z języka angielskiego**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Tur Dolny 75, 28-411 Michałów, sala nr 1**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników (UP)	Prowadzący (imię i nazwisko)
02.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 1 od 15.00-17.00 Grupa nr 2 od 17.00-19.00	4	Grupa nr 1 – 15 UP Grupa nr 2 – 15 UP	Adam Basa
09.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 1 od 15.00-17.00 Grupa nr 2 od 17.00-19.00	4	Grupa nr 1 – 15 UP Grupa nr 2 – 15 UP	Adam Basa
16.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 1 od 15.00-17.00 Grupa nr 2 od 17.00-19.00	4	Grupa nr 1 – 15 UP Grupa nr 2 – 15 UP	Adam Basa
30.12.2026 r.	15.00-19.00 Grupa nr 1 od 15.00-17.00 Grupa nr 2 od 17.00-19.00	4	Grupa nr 1 – 15 UP Grupa nr 2 – 15 UP	Adam Basa
			Łącznie 16 godzin	

09.11.2026 r. Adam Basa

……..

Data i podpis osoby sporządzającej