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	**Martyna Kocel**
Forma wsparcia	**Zajęcia psychologiczne indywidualne wg potrzeb dziecka**
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)**
12.12.2026 r.	**8.00-15.30** Zajęcia **psychologiczne** indywidualne wg potrzeb dziecka	**10**	**10 UP**	**mgr Martyna Kocel**
28.12.2026 r.	**15.00-18.45** Zajęcia **psychologiczne** indywidualne wg potrzeb dziecka	**5**	**5 UP**	**mgr Martyna Kocel**
			Łącznie 15 godzin	

09.11.2026 r. Maryna Kocel

……..

Data i podpis osoby sporządzającej