

# HARMONOGRAM REALIZACJI GODZIN WCZESNEGO WSPOMAGANIA ROZWOJU DZIECKA W ROKU SZKOLNYM 20...../20....

DLA DZIECKA.....

M-c	L.p	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ rodzaj zajęć terapeutycznych	Data	Godzina (od-do )	Podpis nauczyciela	Podpis rodzica
Wrzesień 20....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
Październik 20.....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
Listopad 20....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					

M-c	L.p	Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ rodzaj zajęć terapeutycznych	Data	Godzina (od-do )	Podpis nauczyciela	Podpis rodzica
<b>Grudzień</b> 20.....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
<b>Styczeń</b> 20.....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
<b>Luty</b> 20.....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
<b>Marzec</b> 20.....	1.					
	2.					
	3.					
	4.					

<b>M-c</b>	<b>L.p</b>	<b>Imię i nazwisko osoby prowadzącej/ rodzaj zajęć terapeutycznych</b>	<b>Data</b>	<b>Godzina (od-do )</b>	<b>Podpis nauczyciela</b>	<b>Podpis rodzica</b>
<b>Kwiecień 20....</b>	<b>1.</b>					
	<b>2.</b>					
	<b>3.</b>					
	<b>4.</b>					
<b>Maj 20.....</b>	<b>1.</b>					
	<b>2.</b>					
	<b>3.</b>					
	<b>4.</b>					
<b>Czerwiec 20.....</b>	<b>1.</b>					
	<b>2.</b>					
	<b>3.</b>					
	<b>4.</b>					