

HARMONOGRAM ZAJĘĆ

| L.p. | Data | Godzina | Nazwisko terapeuty prowadzącego zajęcia |
|------|------|---------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Podpis rodzica/opiekuna:

.....

Podpis terapeuty:

.....