**KARTA OFEROWANEJ FORMY WSPARCIA / USŁUGI PODMIOTU LUB INSTYTUCJI**

**Podmiot** ………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres** ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Proszę wskazać usługi/działania/programy, które mogą być przydatne we wsparciu dzieci/uczniów i rodzin***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi/formy wsparcia** | **Adresaci****dzieci/uczniowie/rodzina** | **Tryb wsparcia/warunki dostępu/godziny pracy/ewentualna odpłatność** | **Dane kontaktowe: e- mail, tel. instytucji/podmiotu lub osoby realizującej formę wsparcia ze wskazaniem kto: logopeda, psycholog, pedagog specjalny, fizjoterapeuta itp.** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………………… ………………………………….…..

/pieczęć instytucji/podmiotu / podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji/podmiotu