Załącznik Nr 1

do Zasad korzystania z zajęć

w Ośrodku Konsultacji i Poradnictwa

Harmonogram zajęć

L.p.	Dzień	Godzina	Nazwisko terapeuty prowadzącego zajęcia

Podpis terapeuty: **Podpis rodzica/opiekuna prawnego:**

_____ _____

Dyrektor

Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

w Częstochowie

(-) Małgorzata Mruszczyk