Tytuł projektu: „Opieka wytchnieniowa dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów faktycznych”

**Nr umowy: RPSW.09.02.02-26-0001/19-00**

Nazwa Beneficjenta: Stowarzyszenie ,,Nadzieja Rodzinie”

|  |  |
| --- | --- |
| **LISTA OBECNOŚCI** | |
|  | |
| **Organizator szkolenia/zajęć/stażu/konferencji** | Stowarzyszenie ,,Nadzieja Rodzinie" | |
| **Tytuł szkolenia/zajęć/stażu/konferencji** | Konsultacje psychologiczne | |
| **Miejsce realizacji szkolenia/zajęć/stażu/konferencji** | ………………………………… | |
|  | |
| **Konsultacje psychologiczne** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Podpis uczestnika** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………

(podpis prowadzącego)