



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



DOLNY
ŚLĄSK

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Formularz obecności asystenta

Imię i nazwisko asystenta:	
Miesiąc:	

Lp.	Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością	Podpis osoby z niepełnosprawnością	Forma wsparcia	Data	Ilość godzin	Podpis asystenta
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						