

TYGODNIOWY PLAN ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH DZIECKA

nazwisko i imię rodzica

dzień tygodnia	przychodnie specjalistyczne				szkoła/ przedszkole				zajęcia pozaszkolne/ pozaprzedszkolne			
	godziny realizacji				godziny realizacji				godziny realizacji			
	logopeda	rehabilitacja	psycholog	inne	logopeda	rehabilitacja	psycholog	inne	logopeda	rehabilitacja	psycholog	inne
poniedziałek												
wtorek												
środa												
czwartek												
piątek												

.....
data i podpis pracownika socjalnego.....
data i podpis rodzica