

**TERAPIA W GRUPIE WSPARCIA / WARSZTATY PSYCHOLOGICZNE  
(SZKOLENIOWE)**

Charakterystyka Grupy (w tym liczba osób)

Liczba osób .....

<b>Lp.</b>	<b>Data spotkania</b>	<b>Zagadnienia omawiane w trakcie spotkania</b>	<b>Wnioski, sposrozenia</b>

.....  
podpis osoby realizującej zadanie

.....  
podpis osoby potwierdzającej wykonanie zadania  
(dyrektor, z-ca dyrektor ds.lecz.,przełożona piel.)