Załącznik nr 10

Karta usług indywidualnych w projekcie „Szansa na lepsze jutro”

Imię i nazwisko uczestnika projektu: ……..

Adres uczestnika projektu: ……..……

Rodzaj usługi: ……..

Data ……..

LP.	CZYNNOŚCI / USŁUGA	CZĘSTOTLIWOŚĆ

Plan i czynności mogą ulec zmianie w zależności od stanu zdrowia uczestnika.

…….. Podpis Uczestnika

…….. Podpis Personelu