

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

Charakterystyka Grupy (w tym liczba osób)

Liczba osób

| Lp. | Data spotkania | Zagadnienia omawiane w trakcie spotkania | Wnioski, sposstrzeżenia |
|------------|-----------------------|---|------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

.....
podpis osoby realizującej zadanie

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