**INDYWIDULANY PROGRAM POMOCY/PLAN WSPÓŁPRACY Z RODZINĄ………………………………………………………………………….**

CEL NADRZĘDNY: ……………………………………………… TERMIN REALIZACJI: od ………………………do ………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Cel/-e ze skali | Obszar z listy aktywności i usług/działania | Termin, miejsce  i przewidywane efekty realizacji działań | Osoba/podmiot odpowiedzialna/-y za realizację | Ocena działań/monitoring |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Pracownik kluczowy

Animator GOPS