Załącznik nr 9
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
„Z pokolenia na pokolenie – kompleksowe wsparcie rodzin w powiecie kartuskim”

INDYWIDUALNY PLAN TERAPII W RAMACH PROJEKTU
„ Z pokolenia na pokolenie – kompleksowe wsparcie mieszkańców powiatu kartuskiego”

Imię i nazwisko	……..	**PESEL**	……	**Str.: …… IPT**

Lp.	**Nazwa terapii/ wsparcia przyznanego w ramach projektu**	**Osoba prowadząca terapię/ wsparcie (imię i nazwisko)**	**Termin realizacji od – do**	**Przewidywane efekty/ cel realizacji przyznanej terapii/ wsparcia**	**Podpis prowadzącego terapię/ wsparcie**

…….
Data i podpis Koordynatora