DYŻUR PSYCHOLOGA …….. NR STR…….

DATA godziny dyżuru	PŁEĆ/ wiek, imię +inicjał nazwiska	PROBLEM KLIENTA	PIERWSZA WIZYTA	KOLEJNA WIZYTA	PODPIS SPECJALISTY	UWAGI Np. dotyczące jednorazowej zmiany terminu lub godzin dyżuru

Na koniec każdego okresu rozliczeniowego (najlepiej na koniec miesiąca lub ewentualnie kwartału) dokumentację zatwierdza koordynator lub dyrektor a na półrocze i pod koniec roku osoba upoważniona do składania oświadczeń woli ze strony organizacji (np. prezes stowarzyszenia/fundacji , proboszcz)

DYŻUR PSYCHOLOGA …….. NR STR…….

DATA godziny dyżuru	PŁEĆ/ wiek/ imię +inicjał nazwiska	PROBLEM KLIENTA	PIERWSZA WIZYTA	KOLEJNA WIZYTA	PODPIS	UWAGI

DYŻUR PEDAGOGA ……. NR STR…….

DATA godziny dyżuru	PŁEĆ/ wiek/ imię +inicjał nazwiska	PROBLEM KLIENTA	PIERWSZA WIZYTA	KOLEJNA WIZYTA	PODPIS	UWAGI

DYŻUR PEDAGOGA …….. NR STR…….

DATA godziny dyżuru	PŁEĆ/ wiek/ imię +inicjał nazwiska	PROBLEM KLIENTA	PIERWSZA WIZYTA	KOLEJNA WIZYTA	PODPIS	UWAGI

DYŻUR MEDIATORA ……

NR STR…….

DATA godziny dyżuru	PŁEĆ/ wiek/ imię +inicjał nazwiska	PROBLEM KLIENTA	PIERWSZA WIZYTA	KOLEJNA WIZYTA	PODPIS	UWAGI