**KONSULTACJE PSYCHOLOGA** …………………………………………………………………….. NR STR……….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **godziny dyżuru** | **PŁEĆ/**  **wiek,**  **imię +inicjałnazwiska** | **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)

**KONSULTACJE PSYCHOLOGA**…………………………………………………………………….. NR STR……….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **godziny dyżuru** | **PŁEĆ/**  **wiek/**  **imię +inicjałnazwiska** | **PROBLEM KLIENTA** | **PIERWSZA**  **WIZYTA** | **KOLEJNA**  **WIZYTA** | **PODPIS** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**KONSULTACJEPEDAGOGA** …………………………………………………………………….. NR STR……….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **godziny dyżuru** | **PŁEĆ/**  **wiek/**  **imię +inicjałnazwiska** | **PROBLEM KLIENTA** | **PIERWSZA**  **WIZYTA** | **KOLEJNA**  **WIZYTA** | **PODPIS** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**KONSULTACJEPEDAGOGA** …………………………………………………………………….. NR STR……….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **godziny dyżuru** | **PŁEĆ/**  **wiek/**  **imię +inicjałnazwiska** | **PROBLEM KLIENTA** | **PIERWSZA**  **WIZYTA** | **KOLEJNA**  **WIZYTA** | **PODPIS** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**KONSULTACJEMEDIATORA**……………………………………………………… NR STR……….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA**  **godziny dyżuru** | **PŁEĆ/**  **wiek/**  **imię +inicjałnazwiska** | **PROBLEM KLIENTA** | **PIERWSZA**  **WIZYTA** | **KOLEJNA**  **WIZYTA** | **PODPIS** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |