**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** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |