Załącznik nr 2 do Umowy

**LISTA OBECNOŚCI**

**potwierdzająca spotkania uczestników z psychiatrą dziecięcym**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Data**  | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Podpis** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Podpis psychiatry dziecięcego: ….................................

Zatwierdził: …..................................................

 data i podpis Koordynatora