Kwartalny harmonogram planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Cityschool Sp. z o. o.**
Nr umowy	**FESW.08.05-IZ.00-0016/24**
Tytuł projektu	**Akademia aktywności**
Wykonawca	**Karolina Stojek**
Forma wsparcia	**Diagnoza kompetencji/umiejętności**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Czekarzewice Drugie 125; 27-515 Tarłów**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Prowadzący (imię i nazwisko)
11.03.2026	07:00 – 13:00	6	3	Karolina Stojek
11.03.2026	13:30 – 17:30	4	2	Karolina Stojek
12.03.2026	07:00 – 13:00	6	3	Karolina Stojek
12.03.2026	13:30 – 17:30	4	2	Karolina Stojek

Data i podpis osoby sporządzającej

KOORDYNATOR PROJEKTU
Monika Wróbel