

Imię i nazwisko Konsultanta:

Rodzaj konsultacji	Łączna liczba zrealizowanych konsultacji	Łączna liczba osób uczestniczących w konsultacjach:	Czy Pani/Pana zdaniem ta forma wsparcia uczestników projektu jest potrzebna
<input type="checkbox"/> z obszaru psychiatrycznego <input type="checkbox"/> z obszaru psychologicznego <input type="checkbox"/> z obszaru pedagogicznego (organizacyjnego)		<input type="checkbox"/> rodzic/opiekun prawny <input type="checkbox"/> nauczyciel <input type="checkbox"/> nauczyciel specjalista <input type="checkbox"/> pełnoletni uczeń/uczennica	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Uwagi ogólne dotyczące przebiegu konsultacji, informacje zwrotne dotyczące zalecanych sposobów modyfikacji konsultacji :