

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 logopedycznego <input type="checkbox"/> z obszaru wsparcia w sytuacji zaburzeń rozwojowych <input type="checkbox"/> z obszaru trudności edukacyjnych i wychowawczych w okresie 3-6 lat		<input type="checkbox"/> rodzic/opiekun prawny <input type="checkbox"/> nauczyciel <input type="checkbox"/> nauczyciel specjalista	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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