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 |
| --- | --- | --- | --- |
| ☐z obszaru logopedycznego  ☐ z obszaru wsparcia w sytuacji zaburzęń rozwojowych  ☐z obszaru trudności edukacyjnych i wychowawczych w okresie 3-6 lat |  | ☐rodzic/opiekun prawny  ☐nauczyciel  ☐nauczyciel specjalista | ☐tak  ☐nie |

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