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 :