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 psychiatrycznego  ☐ z obszaru psychologicznego  ☐z obszaru pedagogicznego (organizacyjnego) |  | ☐rodzic/opiekun prawny  ☐nauczyciel  ☐nauczyciel specjalista  ☐pełnoletni uczeń/ uczennica | ☐tak  ☐nie |

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