

KARTA CZASU PRACY PSYCHOLOGA DZIECIĘCEGO

NA MIESIĄC/ROK:

LP.	DATA	GODZINY PRACY	ILOŚĆ GODZIN PRZEPRACOWANYCH W CIAGU DNIA	MIEJSCE	PODPIS OPIEKUNA/ RODZICA

Podpis Wykonawcy usług:

Podpis Kierownika GOPS: