

Ocena realizacji indywidualnego planu wspierająco – aktywizującego

Imię i nazwisko uczestnika:

Data sporządzenia planu

Zrealizowane zadania:

.....
.....

Czy osoba wymaga dalszego wsparcia?

TAK / NIE*

Dalsze działania Zespołu:

.....
.....

Dalsze działania dla osoby:

.....
.....

.....

(podpis uczestnika lub opiekuna)

.....

(data i podpis osoby sporządzającej)

Podpisy zespołu wspierająco-aktywizującego:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

*niepotrzebne skreślić