



HARMONOGRAM REALIZACJI WSPARCIA W PROJEKCIE* - Tutoring indywidualny

Lp.	Data realizacji wsparcia	Godziny, w których wsparcie jest realizowane (od ... do....)	Ilość godzin	Rodzaj/nazwa wsparcia	Nazwa podmiotu realizującego wsparcie bezpośrednio	Szkoła/Grupa	Imię i nazwisko prowadzącego zajęcia
1	5.12.2024	13:30-15:45	3	Tutoring indywidualny - stacjonarny	Dolnośląski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli we Wrocławiu	Powiatowy Zespół Szkół nr 1 w Środzie Śląskiej – gr 2	Katarzyna Beack-Kamińska