**Wiodący Ośrodek Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczy**

**w Zespole Szkół Specjalnych im. UNICEF w Rzeszowie**

ul. Ofiar Katynia 1, 35-209 Rzeszów

tel. 17 748 31 70, e mail: [sekretariat@zss.resman.pl](mailto:sekretariat@zss.resman.pl)





*Załącznik nr 5 do Szczegółowego Opisu Przedmiotu Zamówienia*

…………………………………

*pieczęć Wykonawcy*

**Zestawienie ilości zrealizowanych godzin zajęć specjalistycznych w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka   
Projekt „Za życiem”**

w miesiącu ………………………………………. rok …………………………………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko dziecka** | **Rodzaj zajęć** | **Imię i nazwisko specjalisty prowadzącego zajęcia** | **Liczba godzin zrealizowanych zajęć** | **Uwagi  (np. ilość godzin niezrealizowanych oraz powód)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………………….

*pieczęć i podpis Wykonawcy*

………………………………………….

*miejscowość i data*