|  |
| --- |
| **HARMONOGRAM FORM WSPARCIA** |
| **Lp.** | **Tytuł/rodzaj realizowanego wsparcia** | **Miejsce realizacji (dokładny adres / nr sali)** | **Data** | **Godzina****(od – do)** | **Prowadzący zajęcia** | **Liczba uczestników** | **Uwagi** |
| **1** | **Cykl zajęć „Senior w działaniu”****Cykl zajęć „Na zdrowie”****Cykl zajęć „Senior w ruchu”** | **Ul. Misjonarzy Oblatów 24 w Katowicach Dzienny Dom Pomocy Społecznej** | **14.06** | **8:00-16:00** | **Animator****Ekspert****Ekspert** | **20** |  |
| **2** | **Cykl zajęć „Senior w działaniu”** | **Ul. Misjonarzy Oblatów 24 w Katowicach Dzienny Dom Pomocy Społecznej** | **21.06** | **8:00-16:00** | **Animator** | **20** |  |
| **3** | **Cykl zajęć „Senior w podróży”** | **poza terenem Dziennego Domu Pomocy Społecznej** | **28.06** | **8:00-16:00** | **Animator** | **20** | **Miesjce do ustalenia z seniorami uzależnione od pogody**  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |