

Lista obecności beneficjenta – konsultacje z dietetykiem „Akademia Tenisa dla Niewidomych i Słabowidzących V”

Imię i nazwisko beneficjenta:

Województwo:

Lp.	Data konsultacji	Godzina od - do	Imię i nazwisko specjalisty	Podpis uczestnika projektu
1.				
2.				
3.				