

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. |  |  |  |  |