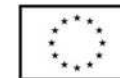


data wsparcia	godziny wsparcia	opis działań podjętych w rodzinie	podpis klienta	podpis Asystenta rodziny
_____	_____			
_____	_____			



data wsparcia	godziny wsparcia	opis działań podjętych w rodzinie	podpis klienta	podpis Asystenta rodziny
_____	_____			
_____	_____			



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

