



**CZĘŚĆ B**

**PROPONOWANE DZIAŁANIA SŁUŻĄCE PRZEZWYCIĘŻENIU TRUDNEJ SYTUACJI UCZESTNIKA PROJEKTU**

/Proszę zakreślić X formy wsparcia, które wskazane są dla dane uczestnika/

**I. DANE UCZESTNICZKI/KA PROJEKTU**

<b>Imię</b>	
<b>Nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Miejsce zamieszkania</b>	

<b>KONSULTACJE INDYWIDUALNE:</b>	
PRAWNE	
PSYCHOLOGICZNE	
PEDAGOGICZNE	
ZWIĄZANE Z POSZUKIWANIEM ZATRUDNIENIA	
<b>TERAPIE</b>	
KRÓTKOTERMINOWA	
UZALEŻNIEŃ	
DLA OSÓB WSPÓLUZALEŻNIONYCH,	
DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH	
STOSUJĄCYCH/DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY,	
DLA DZIECI	
<b>SPOTKANIA DOTYCZĄCE PROFILAKTYKI ZDROWIA</b>	
SPOTKANIA GRUPOWE TEMATYCZNE DOT. PROFILAKTYKI ZDROWIA DZIECI I DOROSŁYCH	
WARSZTATY DOT. PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ DLA MŁODZIEŻY,	
WARSZTATY DOT. PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ DLA DOROSŁYCH,	
<b>SPOTKANIA GRUPOWE</b>	
ZAJĘCIA Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA BUDŻETEM DOMOWYM	
TRENINGI KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH	
SZKOŁA RODZICÓW	
GRUPA WSPARCIA DLA OSÓB WSPÓLUZALEŻNIONYCH, DOŚWIADCZAJĄCYCH PRZEMOCY	
<b>ZAJĘCIA W RAMACH ŚWIETLIC</b>	
ZAJĘCIA OPIEKUNCZO – WYCHOWAWCZE	
TERAPIA LOGOPEDYCZNA	

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
podpis uczestniczki/a