Imię i nazwisko asystenta/opiekuna: ……………………………………………….. Imię i nazwisko beneficjenta:………………………………………

|  |
| --- |
| **LUTY 2024** |
| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek | Sobota | Niedziela |
|  |  |  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 |  |  |  |

(OW): OPIEKA WYTCHNIENIOWA (A): ASYSTENTURA