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

|  |
| --- |
| **KWIECIEŃ 2025** |
| 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 | 30 | 31 |  |  |  |

(OW): OPIEKA WYTCHNIENIOWA (A): ASYSTENTURA