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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAŹDZIERNIK 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