**LISTA OBECNOŚCI**

**MENTORING**

**(wsparcie indywidualne)**

**PROJEKT**

**LUBELSKA AKADEMIA KOMPETENCJI PODSTAWOWYCH EURODIALOG**

**nr FELU.10.06-IZ.00-0164/23**

Adres realizacji wsparcia: ………………………………………..………………………………...….…

Trener (imię i nazwisko) …………………………………………………..……………......……….…..

**Uczestnik/Uczestniczka Projektu (imię i nazwisko):**…………………………………….…………...

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **DATA** | **GODZINA**  **OD…DO** | **LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH** | **PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU** | **PODPIS MENTORA** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |