|  |
| --- |
| PROTOKÓŁ Z PRZEPROWADZONEGO SZKOLENIA\* |
|  |
| **Informacje o szkoleniu** |
|  |
| Tytuł szkolenia: |  |
|  |  |
| Nazwisko trenera: |  | Miejsce: |  |
|  |  |  |  |
| Data szkolenia: |  | Liczba godzin szkolenia: |  |
|  |  |  |  |
| **Przebieg szkolenia** |
|  |
|  |
| **Obserwacje i wnioski** |
|  |
|  |
| Sala szkoleniowa została sprawdzona pod kątem potrzeb osób niepełnosprawnych | Tak [ ]  | Nie [ ]  |
| Akceptacja zamawiającego:………………………………Data i podpis |  | …….…………………….. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data sporządzenia Podpis trenera |