Kwartalny harmonogram
planowanych do przeprowadzenia form wsparcia

Nazwa Beneficjenta	**Fundacja Kreatywnych Zmian Społecznych**
Nr umowy	**FESW.10.05-IP.01-0009/25**
Tytuł projektu	**Czas na aktywność**
Wykonawca	**Fundacja Kreatywnych Zmian Społecznych**
Forma wsparcia	**Indywidualny Plan Działania**
Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)	**Kielce, ul. Zagórska 10/9**

INFORMACJE OGÓLNE

Data realizacji wsparcia	Godziny realizacji wsparcia (od … do …)	Liczba godzin	Planowana liczba uczestników	Osoba Prowadząca Wsparcie
14.05.2026	**8:00 - 10:00**	**2**	**1**	**Grażyna Szczepanowska**
15.05.2026	**8:00 – 10:00**	**2**	**1**	**Grażyna Szczepanowska**