|  |
| --- |
| **RAPORT TRENERA** |
| INSTYTUCJA, W KTÓREJ ZREALIZOWANO SZKOLENIE |  | OSOBA KONTAKTOWA W INSTYTUCJI: |  |
| TERMIN SZKOLENIA: |  | MIEJSCOWOŚĆ (JEŻELI F2F):  |  |
| LICZBA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH | KOBIETY | MĘŻCZYŹNI |
|   |  |
| TRENERZY/TRENERKI (IMIĘ I NAZWISKO): |  |
|  |
| INTRO TRENERSKIE (OPIS GRUPY I PROCESU):  |
|  |
| ASPEKTY ORGANIZACYJNE: |
| ZREALIZOWANY PROGRAM SZKOLENIA: |
| **1 DZIEŃ** | **2 DZIEŃ (JEŻELI DOTYCZY)** |
|  |   |
|  |
|  |
| MATERIAŁY UPOSTĘPNIONE UCZESTNIKOM: |
| ZAŁĄCZNIKI DO RAPORTU: Lista osób uczestniczącychEwaluacja |
| PODPIS TRENERA/TRENERKI:  |