|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Anna Pomorska** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- warsztaty kulinarne- zdrowie na talerzu czyli uczymy się zdrowo odżywiać** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 02.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 23.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |
| 07.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 28.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |
| 04.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 25.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Anna Pomorska** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- warsztaty kulinarne- zdrowie na talerzu czyli uczymy się zdrowo odżywiać** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 03.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 24.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |
| 08.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 29.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |
| 05.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska |
| 26.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Anna Pomorska  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Arkadiusz Kazimierczyk** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja ekologiczna- warsztaty: ekologia- też potrafię!** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący(imię i nazwisko) |
| 01.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |
| 21.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |
| 03.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Arkadiusz Kazimierczyk** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja ekologiczna- warsztaty: ekologia- też potrafię!** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 08.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |
| 20.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |
| 17.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Arkadiusz Kazimierczyk  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Justyna Maciąg** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja ekologiczna- warsztaty ogrodnicze: mój własny mały ekosystem** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 08.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |
| 20.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |
| 17.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Justyna Maciąg** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja ekologiczna- warsztaty ogrodnicze: mój własny mały ekosystem** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 01.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |
| 06.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |
| 03.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Justyna Maciąg  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Dorota Dudek** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: zajęcia integracyjno- wspierające** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 07.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 28.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 12.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 26.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 09.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 26.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Dorota Dudek** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: zajęcia integracyjno- wspierające** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 04.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 14.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 07.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 28.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 13.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |
| 25.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Dorota Dudek |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Dorota Sorbian** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- Moje zdrowie zależy ode mnie!** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 02.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 23.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 07.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 28.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 04.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 25.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Dorota Sorbian** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- Moje zdrowie zależy ode mnie!** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 03.04.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 24.04.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 08.05.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 29.05.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 05.06.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |
| 26.06.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Dorota Sorbian |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Agnieszka Pakuła** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe:** **kompetencje matematyczne** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10, 26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 03.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 10.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 24.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 08.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 22.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 29.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 05.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 12.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Agnieszka Pakuła |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Agnieszka Pakuła** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje matematyczne** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 02.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 09.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 23.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 05.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 12.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 19.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 02.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 09.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 16.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Agnieszka Pakuła** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje cyfrowe** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 03.04.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 24.04.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 22.05.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 29.05.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła |
| 23.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Agnieszka Pakuła |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Agnieszka Pakuła** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje cyfrowe** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 02.04.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |
| 23.04.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |
| 12.05.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |
| 19.05.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |
| 09.06.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |
| 16.06.2025 | 16.00-18.00 | 2 | 20 | Agnieszka Pakuła  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Marzanna Ocias** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje w zakresie świadomości i ekspresji kulturalnej** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 10.04.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 29.04.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 16.05.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 26.05.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 12.06.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 18.06.2025 | 17.00-19.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Marzanna Ocias** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje w zakresie świadomości i ekspresji kulturalnej** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 10.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 29.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 16.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 26.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 12.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |
| 18.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 20 | Marzanna Ocias  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje w zakresie wielojęzyczności** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 09.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 16.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 08.05.2025 | **15.00-19.00** | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 20.05.2025 | **15.00-19.00** | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 03.06.2025 | **15.00-19.00** | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 11.06.2025 | **15.00-19.00** | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: kompetencje w zakresie wielojęzyczności** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 08.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 15.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 06.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 21.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 04.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |
| 18.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 6 | Ewa Popkiewicz-  Ajdynopulos |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Ewa Bobkiewicz** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: Zdrowie to moje relacje z innymi- trening umiejętności społecznych** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10, 26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 04.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 07.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 14.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 29.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 05.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 12.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 16.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 19.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| 02.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| **13.06.2025** | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| **16.06.2025** | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |
| **23.06.2025** | 15.00-19.00 | 4 | 20 | Ewa Bobkiewicz |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Magdalena Ziemba** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: Zdrowie to moje relacje z innymi- trening umiejętności społecznych** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64, 26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 07.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 14.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 28.04.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 05.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 12.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 19.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 26.05.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| 02.06.2025 | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| **09.06.2025** | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| **16.06.2025** | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |
| **23.06.2025** | 14.00-18.00 | 4 | 20 | Magdalena Ziemba |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | Magdalena WasińskaMałgorzata Lasota**Magdalena Tusień- Nowak** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: ruch to zdrowie- zajęcia ruchowe** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Sala gimnastyczna przy Prywatnej Szkole Podstawowej w Skarżysku- Kamiennej, ul. Słowackiego 29 |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 11.04.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 40 | Magdalena WasińskaMałgorzata LasotaMagdalena Tusień- Nowak |
| 30.05.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 40 |
| 27.06.2025 | 15.00-19.00 | 4 | 40 |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Alicja Miernik** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- wsparcie logopedyczne** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 02.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |
| 23.04.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |
| 07.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |
| 21.05.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |
| 04.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |
| 11.06.2025 | 15.00-17.00 | 2 | 6 | Alicja Miernik |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Alicja Miernik** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: edukacja zdrowotna- wsparcie logopedyczne** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 03.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |
| 24.04.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |
| 08.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |
| 22.05.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |
| 05.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |
| 12.06.2025 | 14.00-16.00 | 2 | 5 | Alicja Miernik |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Martyna Dolega** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: ekodzieło czyli jak z niczego zrobić coś**  |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Integracyjne Ognisko Wychowawcze TPDul. Sikorskiego 10,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 15.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |
| 06.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |
| 10.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Martyna Dolega** |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia edukacyjno- rozwojowe: ekodzieło czyli jak z niczego zrobić coś**  |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 16.04.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |
| 07.05.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |
| 11.06.2025 | 14.00-17.00 | 3 | 20 | Martyna Dolega |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **Radosław Piętka**  |
| **Forma wsparcia** | **Warsztaty pszczelarskie- czyli o tym, jak bez małej pszczoły nie ma życia na planecie** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | Świetlica parafialna JÓZEFul. Legionów 64,26-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 30.04.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 40 | Radosław Piętka  |
| 23.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 40 | Radosław Piętka  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*

|  |
| --- |
| **Kwartalny harmonogram** **planowanych do przeprowadzenia form wsparcia** |
|  |
| **Nazwa Beneficjenta** | **Gmina Skarżysko- Kamienna** |
| **Nr umowy** | **FESW.09.05-IZ.00-0017/23** |
| **Tytuł projektu** | **EDUODKRYWCY** |
| **Wykonawca** | **ALPACZINO**  |
| **Forma wsparcia** | **Zajęcia ekologiczne w plenerze** |
| **Miejsce realizacji wsparcia (dokładny adres, nr sali)** | ALPACZINOMłodzawy 9226-110 Skarżysko- Kamienna |
|  |
| **INFORMACJE OGÓLNE** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data realizacji wsparcia | Godziny realizacji wsparcia(od … do …) | Liczba godzin | Planowana liczba uczestników | Prowadzący (imię i nazwisko) |
| 09.05.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 40 | ALPACZINO |
| 06.06.2025 | 15.00-18.00 | 3 | 40 | ALPACZINO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Data i podpis osoby sporządzającej*

*31.03.2025r. Agnieszka Perkowska*