***Tytuł Projektu grantowego:***

***„Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji   
- wdrożenie modeLOWE na terenie gminy Kłoczew”***

**realizowanego w ramach projektu: „modeLOWE Lokalne Ośrodki Wiedzy i Edukacji dla obszarów zdegradowanych i defaworyzowanych”**

**Dziennik zajęć**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa szkolenia (Tytuł szkolenia)** | |
| Nazwa szkolenia | |
|  |  |
| Data rozpoczęcia szkolenia | Data zakończenia szkolenia |
|  | |
| Miejsce szkolenia | |

## 

## LISTA OBECNOŚCI NA SZKOLENIU

## „Nazwa szkolenia (Tytuł szkolenia)”

Podpis na liście obecności danego dnia jest równoznaczny z odbiorem wyżywienia (przerwa kawowa, obiad)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Podpis uczestnika** |
| **Data:** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |
| **11.** |  |  |
| **12.** |  |  |
| **13.** |  |  |
| **14.** |  |  |
| **15.** |  |  |

## LISTA OBECNOŚCI NA SZKOLENIU

## „Nazwa szkolenia (Tytuł szkolenia)”

Podpis na liście obecności danego dnia jest równoznaczny z odbiorem wyżywienia (przerwa kawowa, obiad)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Podpis uczestnika** |
| **Data:** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **4.** |  |  |
| **5.** |  |  |
| **6.** |  |  |
| **7.** |  |  |
| **8.** |  |  |
| **9.** |  |  |
| **10.** |  |  |
| **11.** |  |  |
| **12.** |  |  |
| **13.** |  |  |
| **14.** |  |  |
| **15.** |  |  |

## HARMONOGRAM SZKOLENIA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data**  **realizacji** | **Godziny realizacji** | **Przedmiot/ Temat zajęć** | **Liczba godzin** | **Trener prowadzący (imię i nazwisko)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## TEMATY PRZEPROWADZONYCH ZAJĘĆ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba** | | | **Przedmiot/Temat** | **Imię i nazwisko trenera prowadzącego szkolenie** | **Podpis prowadzącego szkolenie** |
| **Godzin szkolenia** | **Obecnych** | **Nie obecnych** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## SPRAWOZDANIE ZE SZKOLENIA

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba uczestników | |
| którzy rozpoczęli szkolenie | którzy zakończyli szkolenie i otrzymali zaświadczenie |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejsce |  | Data |  | Podpis Koordynatora Projektu grantowego |

## PROTOKÓŁ Z UKOŃCZENIA SZKOLENIA

## Program szkolenia:

## Liczba uczestników szkolenia:

## Wyniki przeprowadzonych testów na rozpoczęcie szkolenia:

## Wyniki przeprowadzonych testów na zakończenie szkolenia:

## Liczba osób, które w wyniku realizacji szkolenia podniosły kompetencje w zakresie ……

…………………………………………………………………………..…..

***Podpis/y osoby/osób prowadzącej/ prowadzących egzamin***

…………………………………

***Data i miejsce realizacji***