**Centrum Autyzmu i Całościowych**

**Zaburzeń Rozwojowych w Krakowie**

…………………………………………

**Imię i nazwisko uczestnika zajęć**

**INDYWIDUALNY PROGRAM**

**ZAJĘĆ REWALIDACYJNO-WYCHOWAWCZYCH**

………………………..

**Rok szkolny**

Aktualne

 zdjęcie

ucznia

Projekt zmodyfikowany w roku szkolnym 2012/2013