

Miesiąc

Rok



PLANER



DO SAMODZIELNEJ NAUKI JĘZYKA DLA ZABIEGANYCH



TRENUJ 20 MINUT
DZIENNIE!



PONIEDZIAŁEK

WTOREK

ŚRODA

CZWARTEK

PIĄTEK

SOBOTA

NIEDZIELA

PRIORYTETY NA TEN MIESIĄC

GRAMATYKA

SŁOWNICTWO (TEMATYKA/ZAKRES)

INNE:

NOWE SŁÓWKA
W TYM MIESIĄCU

MOJE NARZĘDZIA DO NAUKI :

- Kurs online
- Blog
- Seriale / TV
- Radio/Podcast
- Artykuły z gazet
- Książka/Podręcznik
- Filmy z Youtube
- Inne _____

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> 20 MIN OD ____ DO ____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |