

KARTA POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE SOCJALIZACYJNEJ „MÓJ DOM – MOJA PRZYSZŁOŚĆ”

Adres Placówki:

Imię i nazwisko dziecka

Karta sporządzona od.....20....r. do.....20....r.

1. Relacje dziecka z rodzicami i innymi osobami bliskimi

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

2. Funkcjonowanie społeczne w placówce

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

3. Funkcjonowanie społeczne poza placówką

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

4. Kontakty ze szkołą, do której dziecko uczęszcza oraz jego przebieg nauki szkolnej

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

5. Rozwój dziecka ze szczególnym uwzględnieniem stanu emocjonalnego i samodzielności dziecka

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

6. Szczególne potrzeby dziecka

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

7. Znaczące dla dziecka wydarzenia

Data wpisu	Opis, ważne informacje	Czytelny podpis wypełniającego

8. Samowolne opuszczenia placówki przez dziecko

Lp.	Data i godzina opuszczenia placówki	Data i godzina powrotu do placówki	Podjęte działania	Czytelny podpis osoby wypełniającej
1				
...				
n				

9. Kontakty ze szkołą, do której uczęszcza dziecko

Lp.	Data kontaktu	Imię i nazwisko nauczyciela	Dokonane ustalenia	Czytelny podpis osoby wypełniającej
1				
...				
n				

10. Informacja o pobytach dziecka w szpitalu, w tym w szpitalu psychiatrycznym, wizyty i konsultacje

L.p.	Nazwa i adres szpitala, poradni, przychodni	Termin pobytu w szpitalu Data wizyty/konsultacji	Podstawa umieszczenia w szpitalu Przyczyna wizyty/konsultacji	Zalecenia	Czytelny podpis osoby wypełniającej
1					
..					
n					

11. Informacja o lekach podawanych dziecku

Wskazania	Rano	Popołudnie	Wieczór	Dodatkowe leki / Uwagi
	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	
	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	
Data				

12. Współpraca placówki z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz dziecka i rodziny, w tym z asystentem rodziny

Lp.	Nazwa instytucji / organizacji / imię i nazwisko asystenta rodziny	Data kontaktu	Rodzaj kontaktu	Dokonane ustalenia - opis współpracy	Czytelny podpis osoby wypełniającej
1					
..					
n					

