

**KARTA POBYTU DZIECKA W „PLACÓWCE OPIEKUŃCZO – WYCHOWAWCZEJ ŁĄCZĄCEJ ZADANIA PLACÓWKI TYPU
SOCJALIZACYJNEGO I INTERWENCYJNEGO MÓJ DOM – MOJA PRZYSZŁOŚĆ PRZY UL. Lutosławskiego 21/2 W SŁUPSKU”.**

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. Aktualny stan zdrowia dziecka, w tym zdrowia psychicznego

Lp.	Data	Opis stanu zdrowia dziecka	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	
	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	Nazwa leku, dawkowanie, imię i nazwisko lekarza/specjalizacja	
Data	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	Godzina podania leku Podpis wychowawcy	Dodatkowe leki / Uwagi

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					