

KWESTIONARIUSZ Z WIZYTY W RODZINIE ZASTĘPCZEJ
(AKTUALIZACJA)

PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE DZIECKA I RODZINY

Imię (imiona) i nazwisko dziecka:	
Aktualny adres zamieszkania dziecka:	
Imię i nazwisko rodziny zastępczej: Seria i nr dowodu:	
Telefon kontaktowy:	
Opiekun prawny (imię i nazwisko, adres, zakres opieki prawnej – orzeczenie sądu; data i sygn. akt)	
Miejsce pracy i źródło dochodu rodziców zastępczych (informacja niezbędna do rejestru danych o osobach pełniących funkcję rodziny zastępczej – przekazywanego do sądu zgodnie z art. 46 ustawy o WRISPZ z dnia 9.06.2011 r. ze zm.)	

ZMIANY W SYTUACJI RODZINNEJ DZIECKA

	MATKA	OJCIEC
Rodzice biologiczni (imię, nazwisko, adres, data urodzenia)		
Czy nastąpiła zmiana dotycząca władzy rodzicielskiej: tak/nie (orzeczenie sądu, data, sygn. akt), lub inne (np.: śmierć, wyjazd poza granice kraju, nieznane miejsce pobytu, brak informacji)		
Aktualna sytuacja rodziców biologicznych: a) zawodowa, b) zdrowotna, c) mieszkaniowa, d) inna (np.: uzależnienia)		
Kontakty dziecka z rodzicami biologicznymi (m.in. częstotliwość, formy, miejsce)		
Brak kontaktu z rodzicami biologicznymi – powody:		

Alimenty na rzecz dziecka od rodziców biologicznych (m.in. forma płatności, dobrowolność, zasądzone przez sąd, wysokość, brak wpłat, zaległość)		
Opinia rodziny zastępczej na temat możliwości: a) powrotu dziecka pod opiekę rodziców biologicznych, b) umieszczenia dziecka w innej rodzinie zastępczej (np.: dziadkowie, rodzeństwo, wujostwo), c) zgłoszenia dziecka do ośrodka adopcyjnego, d) usamodzielnienia,		
Rodzeństwo biologiczne dziecka (imię i nazwisko, wiek, adres, forma i częstotliwość kontaktu, inne uwagi istotne dla pracy z dzieckiem)		
Dziadkowie biologiczni dziecka (imię i nazwisko, wiek, adres, forma i częstotliwość kontaktu, inne uwagi istotne dla pracy z dzieckiem)		
Inne ważne osoby w życiu dziecka zarówno z rodziny biologicznej jak i zastępczej (imię i nazwisko, wiek, adres, forma i częstotliwość kontaktu, inne uwagi istotne dla pracy z dzieckiem)		

ZMIANA W SYTUACJI ZDROWOTNEJ DZIECKA

Posiadanie przez dziecko ubezpieczenia zdrowotnego: a) ZUS, b) KRUS, c) PUP, d) inne	
Lekarz pediatra, rodzinny dziecka: (nazwa przychodni, imię i nazwisko lekarza prowadzącego)	
Korzystanie przez dziecko z poradnictwa specjalistycznego, lekarze specjaliści: (rodzaj specjalisty, nazwa przychodni, imię i nazwisko lekarza prowadzącego)	
Posiadanie przez dziecko orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności (okres obowiązywania, ważne do dnia, symbol niepełnosprawności)	
Inne ważne informacje dotyczące aktualnej sytuacji zdrowotnej dziecka: (przebyte choroby, zabiegi, zaplanowane leczenie)	

AKTUALNY ROZWÓJ DZIECKA (opis)**ROZWÓJ EMOCJONALNY**

Panowanie nad emocjami,
funkcjonowanie w szkole, radzenie
sobie z trudnymi sytuacjami

ROZWÓJ SPOŁECZNY

Relacje z rówieśnikami, relacje
z dorosłymi, przestrzeganie
obowiązujących zasad i norm

ROZWÓJ SPRAWNOŚCI RUCHOWEJ

Postawa ciała, równowaga ciała i
koordynacja ruchowa,
czy prawidłowo reaguje na dźwięk,
barwę, sygnały i znaki, czy z
łatwością pokonuje przeszkody?

ROZWÓJ POZNAWCZY

Czy przejawia trudności w uczeniu
się?
Czy ma problemy ze słuchem,
wzrokiem, mową, z koordynacją
ruchową, panowaniem nad sobą,
z koncentracją uwagi?
Czy ma problemy z czytaniem,
pisanem, dokonywaniem obliczeń
matematycznych?

ROZWÓJ ZAINTERESOWAŃ

Czy uczęszcza na zajęcia
dodatkowe? (jakie?)
Czym się interesuje?
Jeśli dziecko nie przejawia
zainteresowań prosimy
o informację, czy dziecku zostały
zapropozowane formy aktywności.
Czy osiąga sukcesy w danych
dziedzinach?
Jeśli tak - prosimy opisać jakie

PRZEBIEG PROCESU KSZTAŁCENIA

Nazwa i adres szkoły, do której dziecko uczęszcza	
Klasa (nazwisko wychowawcy)	
Opóźnienia w realizacji obowiązku szkolnego (np. powtarzanie klasy, odroczenie, itp.) Inne informacje ważne dla procesu kształcenia dziecka, osiągnięte sukcesy (nagrody, dyplomy, medale, odznaczenia) Prosimy opisać jakie.	

Uwagi własne zgłaszane przez opiekunów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby/rodziny pełniącej funkcję rodziny zastępczej

.....
(podpis koordynatora/pracownika socjalnego)

.....
(podpis dyrektora PCPR)