

## Informacja na temat funkcjonowania osoby, która nie ukończyła 16 roku życia

Nr sprawy: PZON.8321.2.

### I. Dane osobowe:

1. imię i nazwisko dziecka .....
2. data i miejsce urodzenia .....
3. numer PESEL ..... inny dokument tożsamości (np. legitymacja szkolna, akt urodzenia)<sup>1</sup>.....
4. adres zamieszkania/pobytu .....
5. imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego .....

### II. Sytuacja rodzinna oraz warunki mieszkaniowe:

1. warunki mieszkaniowe:  mieszkanie,  dom jednorodzinny ( piętro ....., ilość pokoi ....., ciepła woda: *jest dostępna/ brak*, centralne ogrzewanie : *jest /brak*, łazienka: *jest/ brak*, toaleta: *jest/ brak*, liczba osób zamieszkujących wspólnie: .....
2. potrzeby dostosowania mieszkania do występujących ograniczeń:\*  nie wymaga,  wymaga (jakie?).....

**III. Ocena sytuacji socjalno-społecznej dziecka i jego rodziny** ( informacja o sytuacji zawodowej rodziców /opiekunów, wymienić członków rodziny mieszkających razem z dzieckiem, określić sytuację finansową rodziny: dobra, wystarczająca, trudna)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### IV. Możliwości edukacyjne dziecka, w tym korzystanie z placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych:

#### 1) dziecko uczęszcza/nie uczęszcza do: żłobka, przedszkola, szkoły

- a) **dziecko realizuje obowiązek szkolny w:**\* szkole ogólnodostępnej / szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym / szkole specjalnej lub oddziale specjalnym / specjalnym ośrodku szkolno – wychowawczym
- b) **dziecko pobiera naukę w toku nauczania indywidualnego w domu w wymiarze** ..... godzin dziennie ze względu na .....
- c) **wyniki w nauce i postawa dziecka wobec szkoły:** .....

.....

### V. Zakres sprawowania opieki i pielęgnacji:

**a) utrzymania higieny osobistej:** - poranna toaleta , mycie się kąpiel całego ciała (w wannie/prysznic), mycie przy umywalce, mycie włosów, czesanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie moczu/stolca, obcinanie paznokci;

**adekwatna do wieku dziecka TAK/NIE**

samodzielna,  z pomocą,  opieka

Ograniczenia:.....

**b) ubieranie się i rozbieranie się:** m.in.: przygotowanie ubrań, nałożenie ubrań, zdjęcie ubrań, zapinanie guzików, zakładanie i sznurowanie butów;

**adekwatna do wieku dziecka TAK/NIE**

samodzielna,  z pomocą,  opieka

Ograniczenia :.....

**c) spożywanie posiłków** : m.in.: przygotowanie poszczególnych posiłków, posługiwanie się sztucami, sięganie po jedzenie, wkładanie pokarmu do ust;

**adekwatna do wieku dziecka TAK/NIE**

samodzielnie  karmione przez drugą osobę

Ograniczenia: .....

wymaga stosowania diety, jakiej?):.....  
.....  
.....

**d) wykonywania innych codziennych czynności:** ( przyjmowanie leków).....  
.....

**VI. Zdolność do samodzielnego poruszania się:\***

**adekwatna do wieku dziecka TAK/NIE**

pełna,  brak,  ograniczenia (jakie?)  
.....  
.....  
.....

**VII. Zdolność do komunikowania się z innymi**

**adekwatna do wieku dziecka TAK/NIE**

pełna,  brak,  ograniczenia (jakie?)  
.....  
.....  
.....

**VIII. Proces leczenia, rehabilitacji:**

• częstotliwość wizyt lekarskich w domu, poza domem: .....  
.....  
.....

• rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno – leczniczych wykonywanych w domu i poza domem (podać częstotliwość: w ciągu tygodnia, miesiąca):  
.....  
.....

.....  
podpis przedstawiciela ustawowego

\* właściwe zakresł