**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)**1**.............................................................

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 pokojów .............., 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 zawodowejrodziców /opiekunów, wymienić członków rodziny mieszkających razem z dzieckiem, określić sytuacje finansową rodziny: dobra, wystarczająca, trudna)

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

1. **Możliwości edukacyjne dziecka, w tym korzystanie z placówek oświatowych, opiekuńczo-wychowawczych:**

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

* 1. **dziecko realizuje obowiązek szkolny w:\*** szkole ogólnodostępnej / szkole integracyjnej lub oddziale integracyjnym / szkole specjalnej lub oddziale specjalnym / specjalnym ośrodku szkolno – wychowawczym
  2. **dziecko pobiera naukę w toku nauczania indywidualnego w domu w wymiarze** .................... godzin dziennie ze względu na ............................................................................
  3. **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 sztućcami, 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 zakreśl