



SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień

ul. Kochanowskiego 17, 35-201 Rzeszów

tel. 699 670 655,

adres e-mail: socjoterapiaclu@gmail.com

KARTA KWALIFIKACYJNA

do uczestnictwa w wysokospecjalistycznych warsztatach
socjoterapeutycznych

w SP ZOZ

Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie

Proszę o przyjęcie mojego dziecka
do uczestnictwa w zajęciach socjoterapeutycznych organizowanych w SP ZOZ Centrum Leczenia
Uzależnień w Rzeszowie.

Zgłaszając dziecko wyrażam zgodę na jego udział w zajęciach.

Zajęcia socjoterapeutyczne odbywać się będą raz w tygodniu w wymiarze 90 minut.

1. PODSTAWOWE DANE INFORMACYJNE DZIECKA:

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

Szkoła

Telefon kontaktowy dziecka (opcjonalnie)

Rodzice/ prawni opiekunowie dziecka:

Ojciec/ prawny opiekun

Imię i nazwisko

Telefon

Miejsce pracy

Matka/prawny opiekun

Imię i nazwisko

Telefon

Miejsce pracy

2. INFORMACJE DOY CZĄCE SPOSOBU ODBIERANIA DZIECKA

1. Oświadczenie o obieraniu dziecka. Oświadczam, że będę tylko i wyłącznie osobiście odbierać własne dziecko z SP ZOZ CLU Rzeszów.

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

2. Upoważnienie do samodzielnego opuszczenia SP ZOZ CLU Rzeszów:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie przez moje dziecko zajęć i ponoszę za nie pełną odpowiedzialność.

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

3. Upoważnienie do odbioru dziecka przez inne osoby:

Osoby upoważnione przez rodziców do odbioru dziecka:

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa

Warunkiem wydania dziecka osobom wymienionym w pkt. 3 jest potwierdzenie tożsamości upoważnionej osoby przez pracowników SP ZOZ CLU Rzeszów (np. na podstawie dowodu osobistego).

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej upoważnioną osobę.

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

WYWIAD Z RODZICEM/ OPIEKUNEM DZIECKA

Charakterystyka dziecka (np. spokojny, otwarty, towarzyski, nieśmiały, ruchliwy itp.)

.....
.....

Co zdaniem Państwa jest największym problemem dziecka

.....
.....

Mocne strony dziecka

.....
.....

Za co Państwo cenią swoje dziecko?

.....
.....

Czy korzystali Państwo dotychczas z jakiejś formy pomocy? Jeżeli tak, to na czym ona polegała?

.....
.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec warsztatów socjoterapeutycznych?

.....
.....

Choroby, alergie i inne trudności rozwojowe (ewentualne wskazania, jak postępować w danym przypadku proszę dołączyć do karty)

.....
.....

Czy Państwa dziecko posiada diagnozę/opinię wystawioną przez PPP lub lekarza psychiatrę? Jeżeli tak, to co wskazuje?

.....
.....

.....

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna

.....