

ARKUSZ KONSULTACYJNY NA POTRZEBY REKTURACJI DO PROGRAMU KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA DLA RODZIN „ZA ŻYCIEM”

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Diagnoza medyczna/rodzaj niepełnosprawności:
.....
4. W jakim wieku została postawiona diagnoza.....
5. Z jakich form terapii aktualnie korzysta dziecko (proszę wskazać rodzaj terapii i miejsce jej realizacji)
.....
.....
6. Czy dziecko przebywa pod opieką poradni specjalistycznych, ośrodków rehabilitacyjnych, hospicjum (jakich, gdzie?):
.....
.....
7. Proszę wskazać dotychczasowe badania specjalistyczne i sposób leczenia dziecka:
.....
.....
.....
.....
8. Proszę opisać trudności w funkcjonowaniu dziecka wynikające z niepełnosprawności/choroby:.....
.....
.....
.....

Załącznik nr 2 do Regulaminu Wiodącego Ośrodka Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-Opiekuńczego w powiecie nowotomyskim, działającego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Nowym Tomyszu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna