**KARTA KWALIFIKACYJNA**

**Uczestnika zajęć w Placówce Wsparcie Dziennego prowadzonej przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Postominie**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Korlino
 |
| **Skierowanie dziecka do Placówki Wsparcie Dziennego na terenie Gminy Postomino** | 1. Staniewice
 |
| 1. Królewo
 |
| 1. Postomino
 |
| 1. Pieszcz
 |
| **DANE UCZESTNIKA ZAJĘĆ** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Nazwa szkoły, Adres** |  |
| **Klasa** |  |
| **Nazwisko i imię wychowawcy** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Telefon kontaktowy dziecka** |  |
| **Dane rodziców/ opiekunów prawnych** |
| **Imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych** |  |
|  |
| **Telefony kontaktowe do rodziców/ opiekunów prawnych** |  |
|  |
|  |
| **KARTA UCZESTNIKA ZAJĘĆ** |
| **Trudności szkolne** |  |
| **Zainteresowania, talenty** |  |
| **Problemy zdrowotne**(np.: alergie, zażywanie regularnie lekarstw itp.) |  |
| **Czy występuje niepełnosprawność u dziecka?** |  |
| **Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym** |  |
| **Nazwisko kuratora sądowego**(jeśli rodzina lub członek rodziny ma nadzór kuratorski) |  |
| **Inne informacje**(np. problemy w rodzinie, nałogi, choroby itp. ) |  |
| **Z jakiego powodu udziela się wsparcia rodzinie w postaci Placówki Wsparcia Dziennego** | 1. Ubóstwa b. sieroctwa

c. bezrobocia d. niepełnosprawnoście. wielodzietności f. brak problemu |

 …………………………………………

 Podpis rodzica/ opiekuna