

INFORMACJA
o zakresie opieki i pielęgnacji sprawowanej nad dzieckiem

Imię i nazwisko opiekuna prawnego

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

I. Zakres sprawowanej opieki o pielęgnacji :

1. Dziecko jest leżące, porusza się : samodzielnie* , o kulach* , na wózku inwalidzkim* , z pomocą drugiej osoby* ;
2. Przyjmuje pokarmy samodzielnie* , jest karmione przez drugą osobę* , wymaga stosowania specjalnej diety* (jakiej?)
.....
3. Rodzaj ograniczenia innych czynności (np. mycie się, ubieranie, załatwianie czynności fizjologicznych)
.....
4. Rodzaj i częstotliwość zabiegów pielęgnacyjnych wykonywanych w ciągu dnia
.....
.....
- 5.... Rodzaj i liczba zabiegów rehabilitacyjno - leczniczych wykonywanych w domu i poza domem w ciągu dnia* , tygodnia* , miesiąca* ,:
.....
.....
- 6.... Częstotliwość wizyt lekarskich w domu* , poza domem* , w tygodniu* , miesiącu* ,.....

II. Sytuacja społeczna dziecka:

1. Dziecko uczęszcza* , nie uczęszcza* do przedszkola:
ogólnodostępnego* , integracyjnego* , specjalnego* w wymiarze
godzin dziennie* , tygodniowo*
2. Dziecko uczęszcza do szkoły ogólnodostępnej* , integracyjnej* , specjalnej* -
samodzielnie* , niesamodzielnie, w wymiarze godzin
tygodniowo;
Korzysta* , nie korzysta* , z nauczania indywidualnego w wymiarze
godzin dziennie* , tygodniowo*;
3. Korzysta* , nie korzysta za świetlicy szkolnej* , stołówki szkolnej* .

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Data

.....

podpis opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić