

PLAN POMOCY DZIECKU NA OKRES OD DO.....

Imię i nazwisko wychowanka..... Podpis wychowanka -
 Dyrektor - Wychowawca - Podpis rodzica/opiekuna -
 Pracownik socjalny- Psycholog - Terapeuta -
 Asystent rodziny - Pedagog - Pielęgniarka -

<u>Cele długoterminowe i krótkoterminowe w zakresie:</u>	Potencjały i mocne strony dziecka	Zdanie dziecka	Zaplanowane działania
Zaspokajania zdrowotnych potrzeb dziecka (opieka lekarska, dieta, higiena, środki pomocnicze).			

<p>Zaspokajania potrzeb dziecka w sferze więzi z rodziną. Współpraca asystenta lub pracownika socjalnego z rodziną dziecka. Usamodzielnienie pełnoletniego wychowanka.</p>			
--	--	--	--

<p>Zaspokajania potrzeb dziecka w sferze relacji społecznych w tym rówieśniczych i szkolnych.</p>			
---	--	--	--

<p>Wspierania rozwoju edukacyjnego dziecka oraz wyposażenia w artykuły szkolne.</p>			
---	--	--	--

<p>Rozwoju zainteresowań dziecka oraz zapewnienia środków na te cele.</p>			
---	--	--	--

Programu terapeutycznego (rodzaj i częstotliwość terapii).			
---	--	--	--