

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO TRENINGU UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH (TUS)

Gabinet Psychologiczny

ul. Bohaterów Westerplatte 9/309
65-034 Zielona Góra

tel. 725 602 912 | 790 220 131

tus-zgora.pl

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Szkoła:

Klasa:

DANE RODZICA / OPIEKUNA

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

POWÓD ZGŁOSZENIA

Co skłoniło Państwa do zapisania dziecka na Trening Umiejętności Społecznych?

.....
.....
.....

Jak długo obserwują Państwo trudności?

.....
.....

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE DZIECKA

Jak dziecko funkcjonuje w relacjach z rówieśnikami?

.....

.....

Czy posiada bliskich kolegów lub koleżanki?

.....

.....

Jak reaguje w sytuacjach konfliktowych?

.....

.....

Jak radzi sobie z krytyką, odmową lub porażką?

.....

.....

Jak funkcjonuje w grupie?

.....

.....

Jakie sytuacje są dla dziecka szczególnie trudne?

.....

.....

Jak dziecko postrzega swoje trudności?

.....

.....

DOTYCHCZASOWE WSPARCIE I DIAGNOZY

Czy dziecko uczestniczyło wcześniej w TUS?

.....

Czy korzysta obecnie z pomocy psychologa?

.....

Czy korzysta z pomocy psychiatry?

.....

Czy korzysta z pomocy pedagoga lub innego specjalisty?

.....

Jeżeli tak, jakiego?

.....

POSIADANA DOKUMENTACJA

☐Opinia poradni psychologiczno-pedagogicznej

☐Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

☐Orzeczenie o niepełnosprawności

☐Diagnoza psychologiczna

☐Diagnoza psychiatryczna

☐Inna dokumentacja

Jeśli tak, prosimy krótko opisać:

.....

.....

MOCNE STRONY I ZASOBY DZIECKA

Jakie są mocne strony dziecka?

Jakie są zainteresowania dziecka?

Co sprawia dziecku przyjemność i daje poczucie sukcesu?

CELE WSPÓŁPRACY

Jakie umiejętności chcieliby Państwo szczególnie rozwijać podczas zajęć TUS?

Po czym poznają Państwo, że udział w TUS przyniósł oczekiwane efekty?

DODATKOWE INFORMACJE

Czy są jeszcze informacje, które mogą być ważne podczas planowania pracy z dzieckiem?

Data i podpis rodzica / opiekuna

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA I ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

Administratorem danych osobowych jest Łukasz Dobrzyński prowadzący działalność gospodarczą. Dane zawarte w formularzu przetwarzane są wyłącznie w celu przeprowadzenia konsultacji kwalifikacyjnej, organizacji oraz realizacji Treningu Umiejętności Społecznych.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do przeprowadzenia procesu kwalifikacji i organizacji zajęć.

Osobie przekazującej dane przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

☐ Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w formularzu w celu przeprowadzenia kwalifikacji do TUS oraz organizacji zajęć.

☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i mailowy w sprawach związanych z organizacją zajęć.

Data i podpis rodzica / opiekuna

.....

WYPEŁNIA PROWADZĄCY

Data konsultacji:

.....

Wstępne cele pracy:

.....

.....

.....

Uwagi i obserwacje:

.....

.....

.....