**ZGŁOSZENIE DO PROJEKTU DZIECI I MŁODZIEŻY**

 **W WIEKU 11-19 LAT**

(SELF REFERRAL FORM- WYPEŁNIA RODZIC LUB OPIEKUN PRAWNY)

**Czy rodzic/opiekun dziecka posiada pełne prawa rodzicielskie?**

[ ]  **Tak** [ ]  **Nie**

**Jeśli zaznaczyliście Państwo odpowiedź TAK, proszę kontynuować wypełnienie formularza.**

**W jakim rejonie mieszka uczestnik projektu?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  City of Edinburgh | [ ]  East Lothian | [ ]  Midlothian | [ ]  West Lothian |

[ ]  Inny rejon, proszę wpisać ……………………………………………..

**Data zgłoszenia: .............................**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka:** |  |
| **Data urodzenia dziecka:** | **DD / MM / YYYY WIEK dziecka: ..............** |
| **Płeć:** |  |
| **Adres dziecka:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa, adres szkoły i do której klasy uczęszcza dziecko:** |  |
| **Imię i nazwisko nauczyciela:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka:** |  | Relacja: |  |
| **Adres, jeśli inny niż powyżej:** |  |
| **Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego:** | Nr telefonu: |
| Email:  |
| **Czy dziecko wyraża zgodę na uczestnictwo w projekcie?** | [ ]  Tak[ ]  Nie |
| **Czy rodzic wyraża zgodę na dziecka uczestnictwo w projekcie?** | [ ]  Tak [ ]  Nie |

|  |
| --- |
| **PYTANIA DO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO:****Czy dziecko zmaga się z którymś z wymienionych problemów, proszę zaznaczyć odpowiednie:** |
| [ ]  Problemy w szkole, proszę wymienić ...........................................................................................[ ]  Problemy w relacjach rodzinnych[ ]  Niskie poczucie własnej wartości/pewności siebie[ ]  Odizolowanie społeczne, samotność[ ]  Uzależnienia, proszę wymienić ....................................................................................................[ ]  Depresja[ ]  Stres i niepewność[ ]  Inne, proszę wymienić .................................................................................................................. |
| **Proszę zaznaczyć odpowiednie pozycje, które opisują zachowanie dziecka:** |
| [ ]  Nieśmiałe, zamknięte w sobie[ ]  Nie nawiązuje kontaktów z rówieśnikami[ ]  Często jest zestresowane[ ]  Ma trudności w odnalezieniu się w trudnej sytuacji[ ]  Nie chce uczęszczać do szkoły[ ]  Miało w przeszłości próby samobójcze[ ]  Inne, proszę wymienić .................................................................................................................. |
| **Proszę zaznaczyć, od jakiego czasu u dziecka wystąpiły niepokojące zachowania:** |
| [ ]  0-3 miesiące[ ]  3-6 miesięcy[ ]  Powyżej 6 miesięcy |
| **Proszę zaznaczyć, które pozycje opisują Państwa obawy w relacjach z dzieckiem :** |
| [ ]  Spędzamy ze sobą mało czasu[ ]  Nie rozmawiamy o problemach, sprawia nam to trudność[ ]  Zachowanie dziecka wzbudza we mnie niepokój[ ]  Dziecko jest bardzo krytyczne wobec swojej osoby[ ]  Inne, proszę wymienić .................................................................................................................. |
| **Według opinii rodzica, która pomoc byłaby najbardziej pomocna dla dziecka, proszę zaznaczyć:** |
| [ ]  Indywidualne konsultacje psychologiczne[ ]  Indywidualne konsultacje pedagogiczne[ ]  Sesje grupowe z rówieśnikami (grupy wsparcia)[ ]  Warsztaty psychologiczno-pedagogiczne(edukacyjne) |

**Krótka informacja o problemie dziecka:**

|  |
| --- |
|  |

**Wypełnione zgłoszenie proszę o przesłanie na e-mail:** **ReceptionDesk@pfsc.co.uk** **do Polskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Edynburgu z siedzibą przy 19 Smith’s Place, EH6 8NU Edinburgh. Charity No: SC034152**

Wszystkie informacje zawarte w ankiecie zgłoszeniowej są poufne i będą tylko i wyłącznie do wglądu przez profesjonalistów Polskiego Centrum Pomocy Rodzinie w Edynburgu na podstawie Data Protection Act 2018 (Ustawa o ochronie danych osobowych) i z Polityką Prywatności PCPR.