**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**](mailto: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.