



Nr sprawy

PLAN POMOCY DZIECKU
związku z podejrzeniem krzywdzenia lub posiadaniem informacji o krzywdzeniu dziecka

I. DANE PRACOWNIKA

Imię	
Nazwisko	
Stanowisko	

II. DANE DZIECKA

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego	
Sytuacja rodzinna (osoby współzamieszkujące)	

III. PLAN POMOCY DZIECKU

JEST POTRZEBA POWOŁANIA ZESPOŁU INTERWENCYJNEGO
(właściwe zaznaczyć „x”)

NIE MA POTRZEBY POWOŁANIA ZESPOŁU INTERWENCYJNEGO
(właściwe zaznaczyć „x”)

Działania niezbędne do podjęcia w celu zapewnienia dziecku bezpieczeństwa i wsparcia:

--

.....
miejsowość

.....
data

.....
podpis