Imię i nazwisko Konsultanta:

Rodzaj konsultacji	Osoba uczestnicząca w konsultacji	Powód zgłoszenia na konsultacje	Zastosowane oddziaływania (np. wsparcie, wskazanie sposobów postępowania, wskazanie procedur postępowania, skierowanie na pogłębione konsultacje/diagnozę
☐psychiatria dzieci i młodzieży ☐psychiatria dorosłych ☐psychoterapia dzieci i młodzieży ☐psychoterapia dorosłych ☐psychoterapia uzależnień dzieci i młodzieży ☐psychoterapia uzależnień dorosłych ☐psychologia kliniczna dzieci i młodzieży ☐wsparcie edukacyjne dzieci i młodzieży - pedagogika specjalna ☐wsparcie osób z doświadczeniem migracji wsparcie edukacyjne dzieci i młodzieży - pedagogika specjalna	☐rodzic/opiekun prawny ☐nauczyciel ☐nauczyciel specjalista ☐uczeń pełnoletni Wiek : Płeć : ☐kobieta ☐mężczyzna ☐ inna Konsultacja dotyczyła: ☐osoby dorosłej [wiek:.... płeć:.....] ☐ dziecka [wiek:.... płeć:..... czy uczeń z doświadczeniem migracji …….. czy uczeń z Ukrainy …….. uczeń z grupy specjalnych potrzeb edukacyjnych: - niepełnosprawność intelektualna - zaburzenie ze spektrum autyzmu - zaburzenie rozwoju językowego - dysfunkcja słuchu		

	- dysfunkcja wzroku - zaburzenia uczenia - uczeń zdolny]		

Podpis Konsultanta:

Podpis Pacjenta: