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 migracjiwsparcie 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: