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: