



unicef  
dla każdego dziecka



Rzeszów, dnia 16.06.2023 r.

## *Szanowni Dyrektorzy*

SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie przy wsparciu Funduszu Narodów Zjednoczonych UNICEF w okresie lipie-wrzesień 2023 roku świadczyć będzie indywidualne konsultacje psychologiczne oraz pedagogiczne w ramach psychospołecznego wsparcia MHPSS.

Zapraszamy dzieci z Ukrainy oraz Polski które m.in mają trudności z radzeniem sobie z trudnymi emocjami, niskim poczuciem własnej wartości do skorzystania z naszej oferty. Kadra psychologów oraz pedagogów podejmie prace z dzieckiem lub nastolatkiem po wcześniejszym zakwalifikowaniu na podstawie przesłanej karty zgłoszeniowej (zał. 1). Wypełnione karty zgłoszeniowe przez rodziców lub opiekunów prawnych należy przesłać skanem na adres e-mail [swietlicaintegracji@gmail.com](mailto:swietlicaintegracji@gmail.com) lub dostarczyć osobiście do siedziby naszej placówki.

Konsultacje odbywać będą się raz w tygodniu o wyznaczonej godzinie między 7.30 a 15.00, w naszej siedzibie przy ulicy Hoffmanowej 8a w Rzeszowie. Ponadto każde dziecko biorące udział w konsultacjach indywidualnych będzie miało możliwość skorzystania z uczestnictwa w popołudniowej grupie socjoterapeutycznej/ integracji międzykulturowej.

W związku z powyższym zawracamy się do Państwa z prośbą o przekazanie za pomocą dzienników elektronicznych informacji do rodziców z Ukrainy oraz Polski o w/w działaniu naszej placówki.

Z wyrazami szacunku

Patrycja Cyran

Koordynatorka Projektu UNICEF w SP ZOZ CLU



**SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień**  
ul. Kochanowskiego 17 35-201 Rzeszów tel. 85 81 181 adres e-mail:  
[clu@uzaleznienia.rzeszow.pl](mailto:clu@uzaleznienia.rzeszow.pl)

---

### **KARTA KWALIFIKACYJNA**

do uczestnictwa w wysokospecjalistycznych warsztatach socjoterapeutycznych  
w SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie

Proszę o przyjęcie mojego dziecka.....  
do uczestnictwa w **indywidualnych konsultacjach psychologiczno - pedagogicznych** organizowanych w SP  
ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie. Zgłaszając dziecko wyrażam zgodę na jego udział w  
zajęciach. Konsultacje mogą odbywać się raz lub dwa razy w tygodniu (konsultacje z settingiem 50 minut).

#### I. PODSTAWOWE DANE INFORMACYJNE:

Data i miejsce urodzenia.....Pesel dziecka.....

Adres.....telefon kontaktowy.....

Rodzice/opiekunowie/dziecka:

Ojciec (opiekun):

Imię i nazwisko.....(tel).....

Miejsce pracy.....

Matka (opiekunka):

Imię i nazwisko.....(tel).....

Miejsce pracy.....

#### II. INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU ODBIERANIA DZIECKA

1. Oświadczenie o odbieraniu dziecka.

Oświadczam, że będę tylko i wyłącznie osobiście odbierać własne dziecko z SP ZOZ CLU Rzeszów.

.....  
czytelny podpis rodziców/opiekunów

2. Upoważnienie do samodzielnego opuszczania SP ZOZ CLU Rzeszów:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie przez moje dziecko zajęć i ponoszę za nie pełną  
odpowiedzialność.

.....  
czytelny podpis rodziców/opiekunów

3. Osoby upoważnione przez rodziców do odbioru dziecka:

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa:.....

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa:.....

Warunkiem wydania dziecka osobom wymienionym w pkt. 3 jest potwierdzenie tożsamości upoważnionej osoby przez  
pracowników SP ZOZ CLU Rzeszów (np. na podstawie dowodu osobistego, prawa jazdy, paszportu). Bierzymy na siebie pełną  
odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej  
upoważnioną przez nas osobę.

Rzeszów, dn.....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

## WYWIAD

### Z RODZICEM/OPIEKUNEM DZIECKA

Charakterystyka dziecka: (np. spokojny, otwarty, towarzyski, nieśmiały, ruchliwy, itp.)

.....

Co dla Państwa jest problemem dziecka?

.....

.....

Uzdolnienia dziecka:

.....

.....

Za co Państwo cenią swoje dziecko?

.....

.....

Jakie są mocne strony Państwa dziecka?

.....

.....

Czy korzystali Państwo dotychczas z jakiejś formy pomocy? Jeżeli tak to na czym ona polegała?

.....

.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec proponowanych wysokospecjalistycznych warsztatów socjoterapeutycznych?

.....

.....

Choroby i inne trudności rozwojowe, ewentualne wskazówki jak w danym przypadku postępować/ dołączyć jako załącznik do karty/

.....

.....

Czy Państwa dziecko posiada diagnozę wystawioną opinię przez PPP lub lekarza psychiatrę? Jeżeli tak, to co wskazuje?

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna



**SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień**  
ul. Kochanowskiego 17 35-201 Rzeszów tel. 85 81 181 adres e-mail:  
[clu@uzaleznienia.rzeszow.pl](mailto:clu@uzaleznienia.rzeszow.pl)

---

### **KARTA KWALIFIKACYJNA**

do uczestnictwa w wysokospecjalistycznych warsztatach socjoterapeutycznych  
w SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień w Rzeszowie

Proszę o przyjęcie mojego dziecka.....  
do uczestnictwa w **zajęciach socjoterapeutycznych** organizowanych w SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień  
w Rzeszowie. Zgłaszając dziecko wyrażam zgodę na jego udział w zajęciach. Zajęcia socjoterapeutyczne mogą  
odbywać się raz w tygodniu w wymiarze 2 lekcyjnych.

#### **I. PODSTAWOWE DANE INFORMACYJNE:**

Data i miejsce urodzenia.....Pesel dziecka.....

Adres.....telefon kontaktowy.....

Rodzice/opiekunowie/dziecka:

Ojciec (opiekun):

Imię i nazwisko..... (tel).....

Miejsce pracy.....

Matka (opiekunka):

Imię i nazwisko.....(tel).....

Miejsce pracy.....

#### **II. INFORMACJE DOTYCZĄCE SPOSOBU ODBIERANIA DZIECKA**

1. Oświadczenie o odbieraniu dziecka.

Oświadczam, że będę tylko i wyłącznie osobiście odbierać własne dziecko z SP ZOZ CLU Rzeszów.

.....  
czytelny podpis rodziców/opiekunów

2. Upoważnienie do samodzielnego opuszczania SP ZOZ CLU Rzeszów:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie przez moje dziecko zajęć i ponoszę za nie pełną  
odpowiedzialność.

.....  
czytelny podpis rodziców/opiekunów

3. Osoby upoważnione przez rodziców do odbioru dziecka:

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa :.....

Imię i nazwisko oraz stopień pokrewieństwa :.....

Warunkiem wydania dziecka osobom wymienionym w pkt. 3 jest potwierdzenie tożsamości upoważnionej osoby przez  
pracowników SP ZOZ CLU Rzeszów (np. na podstawie dowodu osobistego, prawa jazdy, paszportu). Bierzymy na siebie pełną  
odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej  
upoważnioną przez nas osobę.

Rzeszów, dn.....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

## WYWIAD

### Z RODZICEM/OPIEKUNEM DZIECKA

Charakterystyka dziecka: (np. spokojny, otwarty, towarzyski, nieśmiały, ruchliwy, itp.)

.....

Co dla Państwa jest problemem dziecka?

.....

.....

Uzdolnienia dziecka:

.....

.....

Za co Państwo cenią swoje dziecko?

.....

.....

Jakie są mocne strony Państwa dziecka?

.....

.....

Czy korzystali Państwo dotychczas z jakiejś formy pomocy? Jeżeli tak to na czym ona polegała?

.....

.....

Jakie są Państwa oczekiwania wobec proponowanych wysokospecjalistycznych warsztatów socjoterapeutycznych?

.....

.....

Choroby i inne trudności rozwojowe, ewentualne wskazówki jak w danym przypadku postępować/ dołączyć jako załącznik do karty/

.....

.....

Czy Państwa dziecko posiada diagnozę wystawioną opinię przez PPP lub lekarza psychiatrę? Jeżeli tak, to co wskazuje?

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna



**SP ZOZ Centrum Leczenia Uzależnień**  
**ul. Kochanowskiego, 17 35-201 Жешув тел. 85 81 181 SP ZOZ Centrum Leczenia**  
**Uzależnień**  
**e-mail: [clu@uzaleznienia.rzeszow.pl](mailto:clu@uzaleznienia.rzeszow.pl)**

---

### **РЕЄСТРАЦІЙНА КАРТКА**

для участі у вузькоспеціалізованих соціотерапевтичних заняттях у CLU в Жешуві

Прошу про прийняття моєї дитини.....  
брати участь у вузькоспеціалізованих соціотерапевтичних заняттях у CLU в Жешуві. Реєструючи свою дитину, я даю згоду на участь у фахових та тематичних заходах.

#### **I. ОСНОВНІ ДАНІ**

Дата і місце народження .....

Адреса .....

Батьки/опікуни дитини :

Мати/батько(опікуни):

Ім'я та прізвище .....(тел.).....

#### **II. ІНФОРМАЦІЯ, ХТО МОЖЕ ЗАБРАТИ ДИТИНУ**

1. Підтвердження, про забирання дитини.

Заявляю, що тільки виключно я буду особисто забирати свою дитину з соціотерапевтичних занять у CLU.

.....  
підпис батьків/опікунів

2. Дозвіл на самостійний вихід дитини із соціотерапевтичних занять у Жешуві:

Заявляю, що даю згоду на самостійний вихід моєї дитини із занять і несучу за це повну відповідальність.

.....  
підпис батьків/опікунів

3. Особи, уповноважені батьками забирати дитину:

Прізвище, ім'я, по батькові та ступінь споріднення:.....

Прізвище, ім'я, по батькові та ступінь споріднення:.....

Умова про видачу дитини особам, зазначеним у пункті 3 – має бути підтвержене працівниками CLU (наприклад водійськими правами, паспортом). Ми несемо повну юридичну відповідальність за безпеку забраної дитини від моменту, коли його забирає вищезгадана уповноважена особа.

Жешув .....(дата) .....  
(підпис)



## АНКЕТА

Характеристики дитини: (наприклад, спокійна, відкрита, комунікабельна, сором'язлива, активна тощо)

.....

У чому, на вашу думку, полягає проблема вашої дитини:

.....

.....

Здібності/таланти дитини:

.....

.....

За що ви цінуєте свою дитину?

.....

.....

Які сильні сторони вашої дитини?

.....

.....

Чи користувалися ви до цього часу якоюсь формою допомоги? Якщо так, в якій формі це виглядало ?

.....

.....

Захворювання та інші труднощі розвитку, можливі поради, як вчинити в тому чи іншому випадку / прикріпити як додаток до картки /

.....

.....

.....

Підпис