

**KARTA MONITORUJĄCA DZIAŁANIA PODJĘTE W ZWIĄZKU Z POWIĘCIEM
INFORMACJI DOTYCZĄCYCH STOSOWANIA WOBEC UCZNIA
PRZEMOCY W RODZINIE**

Imię i nazwisko ucznia:

I. ZESPÓŁ REALIZUJĄCY DZIAŁANIA W MOS

Data pierwszego spotkania zespołu:		
Imię i nazwisko	Funkcja	Zakres odpowiedzialności
	Psycholog	Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
	Opiekun oddziału	Monitorowanie postępów w nauce, frekwencji oraz kontakt z rodzicami w tym zakresie.
	Wychowawca	Realizacja procesu socjoterapeutycznego i wychowawczego.

- **Czy zespół widzi zasadność wszczęcia procedury Niebieskie Karty:**

TAK / NIE

Uwagi:

.....
.....

- **Czy pismo do Zespołu Interdyscyplinarnego zawiera prośbę o włączenie w prace grupy diagnostyczno-pomocowej przedstawiciela MOS?**

TAK / NIE

Uwagi:

.....
.....

-
- Czy Zespół Interdyscyplinarny podjął działania w związku ze wszczętą przez MOS procedurę NK?

TAK / NIE

Uwagi:

.....
.....

II. PLAN POMOCY UCZNIOWI

Forma wsparcia	Okres trwania wsparcia	Realizator

III. DZIAŁANIA PODJMOWANE W MOS – realizacja planu pomocy

Data	Rodzaj działania	Osoba realizująca	Uwagi/efekty/info

IV. MONITORING FUNKCJONOWANIA WYCHOWANKA

Wstępne obserwacje i wnioski zespołu w związku z przyjętym zgłoszeniem (uzupełniane przez zespół w momencie uzyskania informacji o stosowaniu wobec ucznia przemocy w rodzinie – pierwsze spotkanie)	
Obszar obserwacji:	Spostrzeżenia obserwatora, imię i nazwisko i data.
Funkcjonowanie emocjonalne	
Zachowanie w grupie wychowawczej	
Funkcjonowanie szkolne/ edukacyjne	
Zdarzenia niepokojące (data zdarzenia oraz imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu)	
Współpraca z rodziną/ opiekunami	a) Kontakt z rodzicem/ opiekunem prawnym ☐ TAK ☐ NIE ☐ SPORADYCZNIE b) Charakter współpracy: ☐ współpracujący ☐ ograniczony ☐ brak c) Uwagi:
Data sporządzenia oceny oraz imiona i nazwiska osób uczestniczących w ocenie:	
Data spotkania ewaluacyjnego:	

Ewaluacja wstępnych obserwacji i wniosków zespołu w związku z przyjętym zgłoszeniem (ewaluacja minimum co 2 miesiące)	
Obszar obserwacji:	Spostrzeżenia obserwatora, imię i nazwisko i data.
Funkcjonowanie emocjonalne	
Zachowanie w grupie wychowawczej	
Funkcjonowanie szkolne/ edukacyjne	
Współpraca z rodziną/ opiekunami	a) Kontakt z rodzicem/ opiekunem ☐ TAK ☐ NIE b) Charakter współpracy: ☐ współpracujący ☐ ograniczony ☐ brak c) Uwagi:
Data sporządzenia oceny oraz imiona i nazwiska osób uczestniczących w ocenie:	
Data spotkania ewaluacyjnego:	

V. OCENA SKUTECZNOŚCI PODJĘTYCH DZIAŁAŃ

Okres podlegający ocenie (od-do)	
	1. Czy podjęte działania przynoszą poprawę sytuacji ucznia? ☐ tak ☐ częściowo ☐ nie 2. Wnioski zespołu i rekomendacja do dalszej pracy:

	1. Czy podjęte działania przynoszą poprawę sytuacji ucznia? ☐ tak ☐ częściowo ☐ nie 2. Wnioski zespołu i rekomendacja do dalszej pracy:
	1. Czy podjęte działania przynoszą poprawę sytuacji ucznia? ☐ tak ☐ częściowo ☐ nie 2. Wnioski zespołu i rekomendacja do dalszej pracy: