

Rodzina:.....

Asystent rodziny:.....

Data sporządzenia:.....

Cele główne:

1.....

efekt

2.....

efekt

Cele szczegółowe:

1.....

efekt.....

2.....

efekt .....

3.....

efekt .....

**Działania długoterminowe .....**

| Lp. | Opis działania | Termin wykonania | Osoba odpowiedzialna za wykonanie zadań | Uwagi (wykonane działania) |
|-----|----------------|------------------|-----------------------------------------|----------------------------|
|     |                |                  |                                         |                            |
|     |                |                  |                                         |                            |
|     |                |                  |                                         |                            |

.....  
Podpis członka rodziny

.....  
podpis asystenta

.....  
podpis pracownika socjalnego

.....  
Podpis koordynatora rodzinnej pieczy zastępczej \*

\* w przypadku, gdy dziecko umieszczone jest w pieczy zastępczej.

**DYREKTOR**  
Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej  
*Teresa Rożena Bednarska*

