

Działania podejmowane z rodziną biologiczną w celu powrotu dziecka do rodziny

- Dane personalne:**

Imię i nazwisko, adres rodziców biologicznych dziecka/ci

.....

95-200 Pabianice, ul.

imię i nazwisko dziecka/ci przebywającego/ych w pieczy zastępczej

.....

Gdzie dziecko/ci przebywa/ją:

.....

- Przyczyny uniemożliwiające sprawowanie opieki nad dzieckiem/ćmi**

- Aktualna sytuacja rodziny biologicznej**

- Działania realizowane wobec rodziny**

(informacje o tym, czy jest współpraca, określenie stopnia zaangażowania rodziny we współpracę, formy i częstotliwość kontaktów z rodziną, rodziców biologicznych z dzieckiem/ćmi, formy udzielanej rodzinie pomocy itd.)

- Ocena możliwości powrotu dziecka/i do rodziny biologicznej:**

.....

Data, podpis i pieczęć asystenta rodziny

DYREKTOR
Miejskiego Centrum Pomocy Społecznej

Teresa Bożena Bednarska