Pieczęć instytucji

**Załącznik nr 1**

**I DANE OSOBOWE DZIECKA**

Imię (imiona)

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Numer PESEL (lub nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość)

Wyznanie i pochodzenie etniczne dziecka

Adres miejsca zamieszkania

Aktualne miejsce pobytu dziecka wraz z danymi kontaktowymi (w przypadku, gdy dziecko przebywa w pieczy zastępczej, należy podać aktualny adres pobytu oraz określić formę pieczy, którą objęto dziecko; jeżeli jest to forma instytucjonalna, należy podać nazwę instytucji)

**II DANE O RODZICACH BIOLOGICZNYCH DZIECKA**

1. Imiona i nazwisko matki

nazwisko rodowe:

Data urodzenia

Numer PESEL

Dane dotyczące stanu zdrowia, w tym przebytych chorób

Inne dane mające wpływ na zdrowie dziecka

2. Imiona i nazwisko ojca

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

Numer PESEL

Dane dotyczące stanu zdrowia, w tym przebytych chorób

Inne dane mające wpływ na zdrowie dziecka

3. Informacje na temat utrzymywania przez rodzinę biologiczną kontaktów z dzieckiem

**III SYTUACJA PRAWNA DZIECKA\***

1. Rodzice zostali pozbawieni władzy rodzicielskiej (który sąd prowadził sprawę, data i sygnatura akt, data uprawomocnienia)

Dołączyć postanowienie sądu potwierdzające uregulowanie sytuacji prawnej dziecka.

1. Rodzicom została ograniczona władza rodzicielska (który sąd prowadził sprawę, data i sygn. akt)
2. Rodzice wyrazili zgodę na przysposobienie bez wskazania osoby przysposabiającego (który sąd prowadził sprawę, data i sygnatura akt, data uprawomocnienia)
3. Rodzic dziecka nie żyje

matka − data zgonu

ojciec − data zgonu

1. Opieka prawna (który sąd prowadził sprawę, data i sygnatura akt)

Dołączyć postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego

1. Stosunek dziecka do przysposobienia krajowego

Data wysłuchania dziecka

Ocena stosunku dziecka do przysposobienia (wraz ze wskazaniem osoby, która dokonała oceny, daty tej oceny i sposobu jej przeprowadzenia)

( na podstawie art. 4a ustawy o wspieraniu i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r.)

1. Stanowisko opiekuna prawnego w sprawie przysposobienia dziecka

**IV RODZEŃSTWO DZIECKA**

Imię

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Aktualne miejsce pobytu

Sytuacja prawna

Data zgłoszenia informacji uzasadniającej zakwalifikowanie dziecka do przysposobienia (ze wskazaniem ośrodka adopcyjnego)

Wynik postępowania adopcyjnego

Imię

Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Aktualne miejsce pobytu

Sytuacja prawna

Data zgłoszenia informacji uzasadniającej zakwalifikowanie dziecka do przysposobienia (ze wskazaniem ośrodka adopcyjnego)

Wynik postępowania adopcyjnego

**V SZCZEGÓŁOWY OPIS POBYTU DZIECKA W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

1. Data umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej po raz pierwszy

a) Forma pieczy zastępczej

b) Opis przebiegu pobytu dziecka w pieczy zastępczej (wskazać ważniejsze wydarzenia w życiu dziecka, leczenie, proces adaptacji do nowego środowiska, funkcjonowanie w pieczy zastępczej)

c) Ocena sytuacji dziecka (data oceny i opinia dotycząca zasadności dalszego pobytu dziecka w pieczy zastępczej/placówce)

2. Data umieszczenia dziecka w pieczy zastępczej po raz kolejny

a) Forma pieczy zastępczej

b) Opis przebiegu pobytu dziecka w pieczy zastępczej (wskazać ważniejsze wydarzenia w życiu dziecka, leczenie, proces adaptacji do nowego środowiska, funkcjonowanie w pieczy zastępczej)

c) Ocena sytuacji dziecka (data oceny i opinia dotycząca zasadności dalszego pobytu dziecka w pieczy zastępczej/placówce)

**VI WIZERUNEK DZIECKA**

Do zgłoszenia należy dołączyć zdjęcie dziecka

**Załącznik nr 2**

**VII DANE O STANIE ZDROWIA DZIECKA ORAZ O ROZWOJU DZIECKA\*\*\***

Imię (imiona) dziecka ..................................................................................................................

Nazwisko dziecka ........................................................................................................................

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

1. Dane o przebiegu ciąży i porodzie:

a) choroby matki podczas ciąży .................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

b) przebieg porodu ......................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

2. Stan zdrowia dziecka po urodzeniu

waga .............................................................................................................................................

długość .........................................................................................................................................

obwód głowy ................................................................................................................................

liczba punktów w skali Apgar ......................................................................................................

3. Przebyte choroby i hospitalizacja dziecka

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

4. Aktualny stan zdrowia dziecka

waga .............................................................................................................................................

wzrost ...........................................................................................................................................

obwód głowy ................................................................................................................................

wzrok ............................................................................................................................................

słuch .............................................................................................................................................

5. Badania neurologiczne i inne specjalistyczne wraz z opisem i datą ich wykonania

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

6. Ocena lekarza pediatry ............................................................................................................

.......................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..................................................... .....................................................

(data wypełnienia karty) (podpis i pieczątka lekarza pediatry)

**Załącznik nr 3**

**VIII DANE O ROZWOJU DZIECKA\*\*\*\***

Imię (imiona) dziecka

Nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

1. Informacje o przebiegu rozwoju dziecka

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

2. Aktualny poziom rozwoju umysłowego i emocjonalno-społecznego dziecka

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

3. Ujawnione zaburzenia (opóźnienia) w rozwoju psychoruchowym dziecka, ich przyczyny, możliwość terapii oraz podstawy diagnozy, w tym daty przeprowadzonych badań

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

4. Inne uwagi

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

..................................................... .....................................................

(data wypełnienia karty) (podpis i pieczątka psychologa)

\* Kartę dziecka należy wypełnić czytelnie. W przypadku pisma ręcznego – wielkimi literami.

\*\* Właściwe wypełnić.

\*\*\* Wypełnia lekarz pediatra.

\*\*\*\* Wypełnia psycholog.

Pieczęć instytucji

**Załącznik nr 4 dotyczy adopcji krajowej**

1. OPINIA O ZASADNOŚCI PRZYSPOSOBIENIA DZIECKA (**na podstawie art. 139a Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r.)**
2. STOSUNEK DZIECKA DO PRZYSPOBIENIA KRAJOWEGO JEŻELI JEGO WIEK I STOPIEŃ DOJRZAŁOŚCI NA TO POZWALAJĄ ORAZ STOSOWNIE DO OKOLICZNOŚCI **(art. 4a w/w Ustawy, dotyczy wysłuchania dziecka**)
3. OPINIA O KONTAKTACH DZIECKA Z RODZINĄ BIOLOGICZNĄ I WPŁYWIE TYCH KONTAKTÓW NA DZIECKO (**na podstawie art. 139a w/w ustawy)**
4. OPINIA O ZASADNOŚCI WSPÓLNEGO UMIESZCZENIA RODZEŃSTWA W RODZINIE PRZYSPOSABIAJĄCEJ (**na podstawie art. 139a w/w ustawy)**
5. OPINIA O MOŻLIWOŚCI NIEUMIESZCZENIA WSPÓLNIE RODZEŃSTWA W RODZINIE PRZYSPOSABIAJĄCEJ Z POWODU NIEZNALEZIENIA KANDYDATA DO PRZYSPOSOBIENIA KRAJOWEGO RODZEŃSTWA (**na podstawie art. 139a w/w ustawy)**
6. W PRZYPADKU ROZDZIELENIA RODZEŃSTWA PODAĆ STOSUNEK DZIECKA DO MOŻLIWOŚCI ROZDZIELENIA I UMIESZCZENIA W RÓŻNYCH RODZINACH ADOPCYJNYCH W KRAJU (**na podstawie art. 139a w/w ustawy)**
7. ZDANIE OPIEKUNA PRAWNEGO DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI ROZDZIELENIA RODZEŃSTWA I UMIESZCZENIA W RÓŻNYCH RODZINACH ADOPCYJNYCH W KRAJU

………………………………………

Data i podpis

Pieczęć instytucji

**Załącznik nr 5 dotyczy adopcji z przemieszczeniem poza granicami kraju**

1. **OPINIA O ZASADNOŚCI PRZYSPOSOBIENIA ZWIĄZANEGO ZE ZMIANĄ MIEJSCA ZAMIESZKANIA DZIECKA NA MIEJSCE ZAMIESZKANIA POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, MAJĄCEJ NA CELU STWIERDZENIE, ŻE PRZYSPOSOBIENIE TO LEŻY W JEGO NAJLEPSZYM INTERESIE ( na podstawie art. 139 a Ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej z dnia 9 czerwca 2011r.)**
2. **STOSUNEK DZIECKA DO PRZYSPOSOBIENIA ZAGRANICZNEGO (na podstawie wysłuchania dziecka zgodnie z art. 4a w/w ustawy dot. wysłuchania dziecka)**
3. **W PRZYPADKU ROZDZIELENIA RODZEŃSTWA STOSUNEK DZIECKA DO MOŻLIWOŚCI ROZDZIELENIA I UMIESZCZENIA W RÓŻNYCH RODZINACH ADOPCYJNYCH POZA GRANICAMI KRAJU (na podstawie art. 4a w/w ustawy dot. wysłuchania dziecka)**
4. **OCENA STOPNIA MOŻLIWOŚCI NAWIĄZANIA PRZEZ DZIECKO WIĘZI EMOCJONALNEJ W RODZINIE MAJĄCEJ MIEJSCE ZAMIESZKANIA POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ DOKONANA PRZEZ PSYCHOLOGA (na podstawie art. 166 ust.1a w/w ustawy)**

1. **ANALIZA CAŁOSCIOWEJ SYTUACJI DZIECKA W CELU ZBADANIA CZY PRZYSPOSOBIENIE MIĘDZYNARODOWE LEŻY W NAJLEPSZYM INTERESIE DZIECKA DOKONYWANA NA PODSTAWIE OPINII WG. ART. 139A UST. 1 PKT 3 (na podstawie art. 166 ust.1a w/w ustawy)**

………………………………………

Data i podpis