



ŚCIEŻKA REINTEGRACJI UCZESTNIKA TRWAŁOŚCI PROJEKTU
„Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA”

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data rozpoczęcia udziału (1 forma wsparcia)

PESEL

DIAGNOZA SYTUACJI PROBLEMOWEJ

Zasoby i potencjał

Utrudnienia

Predyspozycje

Potrzeby Uczestnika i otoczenia(oczekiwania)

Terapia	Uzasadnienie (należy uzasadnić powód skierowania UP na konkretny rodzaj terapii)
Logopeda	
Psycholog	
Sala doświadczenia świata	
Integracja sensoryczna	

Biofeedback	
Tomatis	

Data i podpis Uczestnika projektu/ Opiekuna Data i podpis osoby wypełniającej

.....