

(pieczęć)

Załącznik nr 2
do Załącznika do Zarządzenia Nr 47/2016
Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Sopocie z dnia 14.10.2016r.

.....
(miejscowość, data)

**OCENA PSYCHOLOGA DOTYCZĄCA FUNKCJONOWANIA
DZIECKA W RODZINIE ZASTĘPCZEJ**
(sporządzona przez psychologa Działu Pieczy Zastępczej)

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data urodzenia dziecka:

3. Rodzina zastępcza:

.....

4. Opinia sporządzona na podstawie:

.....
.....

5. Funkcjonowanie dziecka w rodzinie zastępczej:

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

podpis psychologa: