

**KWESTIONARIUSZ WYWIADU  
Z DZIECKIEM POZOSTAJĄCYM W PIECZY ZASTĘPCZEJ**

---

DANE DZIECKA:

IMIĘ I NAZWISKO .....

ADRES ZAMIESZKANIA .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA .....

IMIĘ I NAZWISKO RODZINY ZASTĘPCZEJ:

.....

**Traktowanie dziecka w sposób sprzyjający poczuciu godności i wartości osobowej:**

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| 1. Czy czujesz się akceptowany przez swoich opiekunów?  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 2. Czy wiesz co to jest odpowiedzialność (np. jeśli zniszczysz czyjąś własność, kto za to odpowiada)? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 3. Jakie decyzje możesz samodzielnie podejmować? .....  |            |            |
| 4. Czy dbasz o higienę osobistą i masz obowiązki w zakresie przestrzegania tej higieny na co dzień?   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 5. Czy dbasz o swoją Twoją dietę i masz ustalone pory spożywania posiłków?                            | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 6. Czy masz czas wolny (np. na zabawę na komputerze)?<br>Jak go spędzasz? .....                       | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

**Zapewnienie dostępu do przysługujących świadczeń zdrowotnych:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 1. Kto chodzi z Tobą do lekarza, gdy jesteś chory/a? .....   |  |  |  |
| 2. Kiedy ostatni raz byłeś/łaś u lekarza? .....  |  |  |  |
| 3. Czy Twoja rodzina biologiczna wie o Twoim stanie zdrowia? <b>TAK NIE NIE WIEM NIE DOTYCZY</b><br>Jeśli tak, kto ją informuje? ..... |  |  |  |
| 4. Czy wymagasz leczenia specjalistycznego (np. okulista, ortodonta)? <b>TAK NIE NIE WIEM</b><br>Jeśli tak, to jakiego? .....          |  |  |  |
| 5. Kiedy ostatni raz byłeś/łaś u specjalisty? .....  |  |  |  |
| 6. Kto jest uprawniony do dostępu do Twojej dokumentacji medycznej i do decydowania w sprawach medycznych dotyczących Ciebie? .....    |  |  |  |

**Zapewnienie kształcenia, wyrównywania braków rozwojowych i szkolnych:**

- |   |            |            |                 |
|---|------------|------------|-----------------|
| 1. Szkoła i klasa do której uczęszczasz: .....                        |            |            |                 |
| .....   |            |            |                 |
| 2. Czy masz nieusprawiedliwione nieobecności w szkole?                | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b> |
| 3. Czy opiekunowie wiedzą o wszystkich Twoich nieobecnościach?        | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b> |
| 4. Czy opiekunowie uczestniczą w wywiadówkach i zebraniach szkolnych? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b> |
| 5. Z kim odrabiasz lekcje? .....                                      |            |            |                 |

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| 6. Czy chodzisz na zajęcia wyrównawcze?                          | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 7. Czy korzystasz z pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

#### **Zapewnienie rozwoju uzdolnień i zainteresowań:**

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| 1. Czym się interesujesz? .....                                     |            |            |
| 2. Czy uczęszczasz na zajęcia pozaszkolne/pozalekcyjne?             | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| Jeśli tak, jakie? .....   |            |            |
| 3. Czy możesz rozwijać pasje/hobby/zainteresowania?                 | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 4. Z kim rozmawiasz o ważnych dla Ciebie sprawach? .....            |            |            |
| 5. Czy bierzesz udział w konkursach/olimpiadach/pokazach zdolności? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 6. Czy bierzesz udział w imprezach kulturalnych i lokalnych?        | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

#### **Zapewnienie ochrony przed arbitralną lub bezprawną ingerencją w życie prywatne dziecka:**

- |   |            |            |                                    |
|---|------------|------------|------------------------------------|
| 1. Jakie masz kary, gdy zrobisz coś niewłaściwego? .....                  |            |            |                                    |
| 2. Jakie masz nagrody, gdy zrobisz coś dobrze? .....                      |            |            |                                    |
| 3. Czy ktoś narusza Twoją prywatność?                                     | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b>                    |
| Jeśli tak, w jaki sposób? .....   |            |            |                                    |
| 4. Czy ktoś czyta Twoje prywatne wiadomości (listy, SMS, e-mail)?         | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b>                    |
| 5. Czy masz prawo do kontaktów z rodziną biologiczną?                     | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b> <b>NIE DOTYCZY</b> |
| 6. Kto reaguje, gdy ktoś nie przestrzega lub ogranicza Twoje prawa? ..... |            |            |                                    |

#### **Zaspokajanie potrzeb emocjonalnych, bytowych, rozwojowych, społecznych i religijnych dziecka:**

- |   |            |                            |
|---|------------|----------------------------|
| 1. Czy w rodzinie obchodzi się ważne dla Ciebie uroczystości (np. urodziny)?                                | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 2. Od kogo otrzymujesz prezenty? .....  |            |                            |
| Jaki prezent otrzymałeś/łaś ostatnio? .....   |            |                            |
| 3. Z kim spędzasz swój wolny czas? .....  |            |                            |
| 4. Czy spożywasz posiłki razem z rodziną?   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 5. Czy warunki mieszkaniowe w jakich przebywasz zagrażają Twojemu bezpieczeństwu?                           | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> <b>NIE WIEM</b> |
| 6. Czy masz zapewnioną odzież i obuwie?   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 7. Czy masz zapewnione miejsce do przechowywania odzieży, książek, zabawek i innych prywatnych przedmiotów? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 8. Czy masz zapewnione odpowiednie miejsce do spania?   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 9. Czy masz zapewnione odpowiednie miejsce do odrabiania lekcji?  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 10. Czy otrzymujesz pieniądze na drobne wydatki?  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 11. Czy masz obowiązki domowe?  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| Jeśli tak, jakie? .....   |            |                            |
| 12. Czy uczęszczasz do kina/teatru/na imprezy sportowe?   | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 13. Czy utrzymujesz kontakty towarzyskie z rówieśnikami?  | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 14. Czy możesz posiadać ulubione przedmioty, zabawki, fotografie rodzinne i inne prywatne przedmioty?       | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>                 |
| 15. W jakiej religii jesteś wychowywany/a? .....  |            |                            |

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| 16. Czy uczęszczasz na religię/etykę w szkole? | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| 17. Czy możesz odbywać praktyki religijne?     | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

**Umożliwianie kontaktów z rodzicami i innymi osobami bliskimi:**

- |   |            |            |                    |
|---|------------|------------|--------------------|
| 1. Czy możesz utrzymywać kontakt z rodziną biologiczną?                           | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE DOTYCZY</b> |
| Jeśli nie, dlaczego? .....  |            |            |                    |
| Jeśli tak, jak często? .....  |            |            |                    |
| Jeśli tak, w jakiej formie (np. wizyty, telefonicznie)? .....                     |            |            |                    |
| 2. Czy chętnie uczestniczysz w spotkaniach ze swoją rodziną biologiczną?          |            | <b>TAK</b> | <b>NIE</b>         |
| 3. Czy Twoi opiekunowie utrzymują kontakt z Twoją rodziną biologiczną?            | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | <b>NIE WIEM</b>    |
| 4. Czy opiekunowie pomagają Ci podtrzymywać Twoje kontakty z rodziną biologiczną? | <b>TAK</b> |            | <b>NIE</b>         |

**Po ukończeniu pełnoletniości planuję:**

- usamodzielnąć się, wyprowadzić od opiekunów
- pozostać w rodzinie zastępczej

**INNE INFORMACJE NA TEMAT RODZINY ZASTĘPCZEJ:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 Podpis dziecka

.....  
 Data i podpis pracownika PCPR