**Plan działania dla rodziny i jego przegląd – Data:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pełne imię i nazwisko**  (najpierw wszystkie dzieci) | **Data ur.**  **NIEZBĘDNA** | **Płeć** | **Członek rodziny?**  **Np. matka, ojciec, dziecko** | **Pochodzenie etniczne** | **Przedszkole/**  **szkoła/college**  (jeśli dotyczy) | **Czy dziecko uczestniczy w ocenie?**  **T lub N** | **Odpowiedzialność rodzicielska**  **T/N** | **Adres**  **Numer telefonu**  (jeśli inne) |
|  |  |  | DZIECKO |  |  |  | Nie dotyczy |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Jak wyglądałyby dobrostan i sukces dziecka? (Jakie rezultaty chcemy osiągnąć dla dziecka?)**

**Cele w zakresie dobrostanu na stronie 2 muszą pochodzić bezpośrednio z oceny i zostać wpisane w plan działania. Działania/zadania, aby osiągnąć te cele należy wskazać w odpowiedniej części tabeli. Należy wskazać datę przeglądu i odnotować postępy.**

***Jest to ogólny plan wczesnej pomocy – w przypadku dzieci z SEND można wykorzystać indywidualny plan edukacyjny (IEP) lub inny zapis indywidualnych danych edukacyjnych, aby uzyskać informacje dla planu wczesnej pomocy.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cel w zakresie dobrostanu i sukcesu** | **Działanie/Zadanie** | **Kto je wykona?** | **Do kiedy?** | **Postępy i uwagi odnośnie do zadań/działań**  *Należy uzupełnić na spotkaniu TAF* **Skala 0 - 10**  *Jaka jest obecna sytuacja?*  *0 bardzo zła* ☹ *10 bardzo dobra* ☺ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Należy wypełnić na posiedzeniu TAF |

**Agencje, które wspierają dziecko i jego rodzinę. Informacje niezbędne dla planowania pomocy.**

Zaangażowane agencje: *(lekarz rodzinny, położna, przedszkole, szkoła, pracownik ds. dostępu i partycypacji, pracownik ds. młodzieży itp.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Agencja** | **Stanowisko** | **Dane kontaktowe** | **Data rozpoczęcia** | **Data zakończenia** |
|  |  | Inicjator oceny EHA /koordynator oceny EHA |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Data kolejnego posiedzenia TAF:**