KAUNO „NEMUNO“ MOKYKLA

INDIVIDUALAUS PAGALBOS UGDYTINIO/MOKINIO SAVIRŪPAI TEIKIMO KAUNO “NEMUNO” MOKYKLOJE PLANAS

1. DUOMENYS APIE UGDYTINĮ/MOKINĮ (pildo tėvai/globėjai)	
Vardas ir pavardė	
Gimimo data	
Lankoma grupė	
Gyvenamosios vietos adresas	
Plano sudarymo data	
Plano koregavimo data	
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo tėvai/globėjai)	
Pirmas kontaktas	
Vardas, Pavardė	
Giminystės ryšys	
Telefono nr. (asmeninis ir darbo)	
El. paštas	
Antras kontaktas	
Vardas, Pavardė	
Giminystės ryšys	
Telefono nr. (asmeninis ir darbo)	
El. paštas	
3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE KONTAKTAI (pildo mokyklos įgaliotas asmuo)	
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	
Vardas, Pavardė	
Darbo grafikas	
Telefono Nr.	
El. paštas	
Grupės/klasės auklėtojas (1):	
Vardas ir pavardė	
Darbo grafikas	

Telefono Nr.	
El. paštas	
Grupės/klasės auklėtojas (2):	
Vardas ir pavardė	
Darbo grafikas	
Telefono Nr.	
El. paštas	
Kiti svarbūs asmenys:	
4. INFORMACIJA APIE UGDYTINIO/MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo mokyklos įgaliotas asmuo))	
Ligos pavadinimas	
Gydytojo išvados	
Gydytojo rekomendacijos	
Paskirti vaistai	
Vaistų naudojimo instrukcija *(kartai per dieną, tikslus laikas)*	
Vaistų laikymo vieta lopšelyje/darželyje	
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos	
Galimi vaistų šalutiniai poveikiai	
5. INFORMACIJA APIE UGDYTINIO/MOKINIO SVEIKATĄ (pildo tėvai/globėjai)	
Sveikatos būklės apibūdinimas	
Pasireiškiančios alerginės reakcijos,	

netoliaravimai	
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai	
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus	
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus	
Veiksniai galintys išprovokuoti/pabloginti sveikatos būklę	
Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę	
Ugdytinio sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui bei veiklai už lopšelio-darželio ribų	
Pedagogų veiksmai, galintys padėti ugdytiniui	
Specialistų (*VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.)* veiksmai, galintys padėti ugdytiniui	

6. MOKYKLOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI ESANT POREIKIUI (pildo mokyklos įgaliotas asmuo)

Reikalingi mokymai	
Darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai	

7. MOKYMUOSE DALYVAVĘ DARBUOTOJAI

Mokymų pavadinimas	Darbuotojo vardas ir pavardė	Data

8. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS *(pildo mokyklos įgaliotas asmuo)*

Atliekos	
Atliekų laikymo tara	
Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os)	

SUTIKIMAS

Tėvai/globėjai sutinka, kad šiame PLANE pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos ugdytiniui savirūpai organizavimo lopšelyje-darželyje poreikius. Tėvai/globėjai supranta ir sutinka, kad šiame PLANE pateikta informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mokinio/ugdytinio savirūpai procese ir ugdyme mokinio/ugdytinio sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Mokykla sutinka su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio/ugdytinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokinio/ugdytinio gydytojo paskirtų vaistų vartojimą. **Sutinka** nedelsiant informuoti mokinio/ugdytinio tėvus/globėjus, PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Pasirašo tėvai/globėjai:

vardas pavardė, parašas

vardas pavardė, parašas

Pasirašo mokyklos darbuotojai dalyvaujantys mokinio/ugdytinio savirūpos plano įgyvendinime:

Pareigos, vardas pavardė, parašas

Pareigos, vardas pavardė, parašas

Pareigos, vardas pavardė, parašas

Pareigos, vardas pavardė, parašas

Pasirašo visuomenės sveikatos priežiūros specialistas dirbantis mokykloje:

vardas pavardė, parašas

Pasirašo mokyklos vadovas:

vardas pavardė, parašas