

ФОРМА
первинного повідомлення про підозру на випадок насильства щодо дитини
Комунального закладу освіти «Дніпропетровський
багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр №9»
Дніпропетровської обласної ради»

Дата події або виявлення: _____ 20__ р.

1. Інформація про дитину:

прізвище _____

ім'я _____

по батькові (за наявності): _____

вік дитини: _____

соціальний статус (за потреби):

☐ дитина з інвалідністю;

☐ дитина-сирота;

☐ дитина, позбавлена батьківського піклування;

☐ інше: _____.

2. Інформація про особу, яка повідомляє:

прізвище _____

ім'я _____

по батькові (за наявності): _____

найменування посади: _____

контактний номер телефону: _____.

Опис ситуації: _____

(вказати максимально докладно, що сталося, коли, де, хто був присутній)

_____.

3. Інформація про ознаки насильства/поведінку дитини:

☐ тілесні ушкодження;

☐ страх, уникання контакту;

☐ розповіді про образи/тиск;

☐ інше: _____.

4. Інформація про вжиті заходи (на момент заповнення):

☐ поінформовано відповідальну особу закладу;

☐ поінформовано батьків/інших законних представників;

☐ поінформовано службу у справах дітей;

☐ поінформовано уповноважений підрозділ органів Національної
поліції;

☐ інше: _____.

(підпис особи, яка заповнює)

(дата)