|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Individualus savirūpos planas** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. DUOMENYS APIE UGDYTINĮ***(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Gimimo data | | |  | | | | | | | |
| Gyvenamosios vietos adresas | | |  | | | | | | | |
| Grupė | | |  | | | | | | | |
| Plano sudarymo data | | |  | | | | | | | |
| Plano koregavimo data | | |  | | | | | | | |
| **2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI** *(pildo ugdytinio tėvai (globėjai, rūpintojai))* | | | | | | | | | | |
| *Pirmas kontaktas* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Giminystės ryšys | | |  | | | | | | | |
| Telefono nr. | | |  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| El. pašto adresas | | |  | | | | | | | |
| *Antras kontaktas* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Giminystės ryšys | | |  | | | | | | | |
| Telefono nr. | | |  | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |
| El. pašto adresas | | |  | | | | | | | |
| **3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTAI** *(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)* | | | | | | | | | | |
| *Pirmas asmuo* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Pareigos | | |  | | | | | | | |
| Darbo grafikas | | |  | | | | | | | |
| Telefono nr. | | |  | |  | | | | | |
| El. pašto adresas | | |  | | | | | | | |
| *Antras asmuo* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Pareigos | | |  | | | | | | | |
| Darbo grafikas | | |  | | | | | | | |
| Telefono nr. | | |  | |  | | | | | |
| El. pašto adresas | | |  | | | | | | | |
| *Trečias asmuo* | | | | | | | | | | |
| Vardas ir pavardė | | |  | | | | | | | |
| Pareigos | | |  | | | | | | | |
| Darbo grafikas | | |  | | | | | | | |
| Telefono nr. | | |  | |  | | | | | |
| El. pašto adresas | | |  | | | | | | | |
| **4. INFORMACIJA APIE UGDYTINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų)** *(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)* | | | | | | | | | | |
| Diagnozė | | |  | | | | | | | |
| Tarptautinis ligos kodas | | |  | | | | | | | |
| Gydytojo išvados | | |  | | | | | | | |
| Gydytojo rekomendacijos | | |  | | | | | | | |
| Paskirti vaistai | | |  | | | | | | | |
| Vaistų naudojimo instrukcija *(kartai per dieną, tikslus laikas)* | | |  | | | | | | | |
| Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos | | |  | | | | | | | |
| Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai | | |  | | | | | | | |
| **5. INFORMACIJA APIE UGDYTINIO SVEIKATĄ** *(pildo ugdytinio tėvai (globėjai, rūpintojai))* | | | | | | | | | | |
| Sveikatos būklės apibūdinimas | | |  | | | | | | | |
| Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai | | |  | | | | | | | |
| Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai | | |  | | | | | | | |
| Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus | | |  | | | | | | | |
| Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus | | |  | | | | | | | |
| Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę | | |  | | | | | | | |
| Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę | | |  | | | | | | | |
| Ugdytinio sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui | | |  | | | | | | | |
| Ugdytinio sveikatos būklės įtaka veiklai už ugdymo įstaigos ribų *(išvykų, kelionių ir kt.)* | | |  | | | | | | | |
| Fizinio aktyvumo toleravimas | | |  | | | | | | | |
| Mitybos ypatumai | | |  | | | | | | | |
| Pedagogų veiksmai, galintys padėti ugdytiniui | | |  | | | | | | | |
| Specialistų (*VSS, psichologo, soc. Pedagogo ir kt.)* veiksmai, galintys padėti ugdytiniui | | |  | | | | | | | |
| **6. UGDYMO ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI** *(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)* | | | | | | | | | | |
| Reikalingi mokymai | | |  | | | | | | | |
| Ugdymo įstaigos darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai | | |  | | | | | | | |
| ***Mokymuose dalyvavę ugdymo įstaigos darbuotojai*** | | | | | | | | | | |
| *Mokymų data* | | *Darbuotojo vardas ir pavardė* | | | | | | | *Darbuotojo parašas* | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | |
| **7. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS** *(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)* | | | | | | | | | | |
| Atliekos | | | Panaudotas Epipen švirkštas ir vaisto dėžutė. | | | | | | | |
| Atliekų laikymo tara | | | Švirkšto dėžutė sandariai uždaroma ir laikoma vaikams nepasiekiamoje vietoje. | | | | | | | |
| Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os) | | | Panaudojus vaistą, atliekos tą pačią dieną atiduodamos tėvams pašalinimui. | | | | | | | |
| **8. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS** | | | | | | | | | | |
| Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo ugdymo įstaigoje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su ugdymo įstaigos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti ugdymo įstaigą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu ugdytinio savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad *(reikiamą atsakymą pažymėti varnele)*: o Reikalingus vartoti vaistus ugdymo įstaigoje, administruos paskirtas ugdymo įstaigos darbuotojas. o Ugdymo įstaiga bus atsakinga už vaistų išdavimą ugdytiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais. | | | | | | | | | | |
| **Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas** | | |  | | | | | | | |
| **9. UGDYMO ĮSTAIGOS DARBUOTOJAI** | | | | | | | | | | |
| **Ugdymo įstaigos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai** | | |  | | | | | | | |
| **Ugdymo įstaigos vadovo vardas, pavardė, parašas** | | | Edita Gujienė | | | | | | | |