



Atenció Post-Adopció

Dades familiars:

Nom i Cognoms del pare: _____

Edat: _____ Professió: _____ Estudis: (marcar)

Primaris Batxillerat Mitjans (especificar) Superiors (especificar)

Nom i Cognoms de la mare: _____

Edat: _____ Professió: _____ Estudis: (marcar)

Primaris Batxillerat Mitjans (especificar) Superiors (especificar)

Domicili: _____ Localitat: _____

C.P.: _____ Telèfon/s: _____

Fills biològics: Sí__ No__

Nom i Cognoms dels fills: *(omplir en cas de tenir fills biològics)*

_____ Edat: _____ Curs: _____

_____ Edat: _____ Curs: _____

Centre escolar: _____ Adreça: _____

Localitat: _____ Telèfon: _____

Idioma en que es parla habitualment a casa: _____

Altres familiars que conviuen amb la família: _____

Dades de l'adopció:

Tipus d'adopció i país: _____

Data de sol·licitud: _____

Data de l'adopció: _____

Assessorament i formació previs:

Si No Entitat/s: _____



Assessorament post-adopció:

Si No Entitat/s: _____

Tipus d'intervenció realitzada: _____

Quines situacions o alteracions han desencadenat el fet d'acudir a aquest tipus de servei professional?

Com i quan les van detectar? Han estat originades per algun fet o moment concret?

Motiu de consulta

Objectius que pretenen aconseguir amb aquest assessorament i/o intervenció:

Dades del fill/a:

Nom i cogmons: _____

Data i lloc de naixement: _____

Edat a la que va ser adoptat: _____

Edat actual: _____

Escola: _____ Adreça: _____

Localitat: _____ Telèfon: _____

Informes que puguin aportar els pares:

(D'anteriors consultes, informe mèdic de l'orfenat, informes mèdics del pediatra actual, informes de la escola...). Aportació d'aquests, si és possible, a la primera visita (original o còpia).

Professionals que estiguin tractant al menor actualment i àrea d'intervenció: