

**NZOZ „Prof-Med” Sp. z o.o.
ul. Lwowska 51
22-100 Chełm**

KARTA INTERWENCJI

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Przyczyna interwencji (forma krzywdzenia):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia:

.....
.....

Komu zgłoszono podejrzenie krzywdzenia dziecka?

.....

Krótki opis przyczyny podjęcia działań:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis pracownika