

Министерство социального развития, опеки и попечительства Иркутской области  
ОГБУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»  
Служба ранней помощи

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ О НАЛИЧИИ У РЕБЕНКА ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_ Дата рождения (возраст) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

Место постоянного проживания ребенка (семьи) \_\_\_\_\_

Причина обращения \_\_\_\_\_

Дата составления заключения \_\_\_\_\_

По домену 1 «Научение и применение знаний»	
По домену 2 «Общие задачи и требования»	
По домену 3 «Коммуникация»	
По домену 4 «Мобильность»	
По домену 5 «Забота о собственном теле и здоровье»	
По домену 6 «Бытовая жизнь»	
По домену 7 «Межличностное взаимодействие»	
По домену 8 «Основные жизненные сферы»	

По домену 9 «Участие в общественной жизни»

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ :**

**РЕКОМЕНДОВАНО:**

Программа Ранней помощи[ ]

Программа сопровождения[]

Кратковременное консультирование[]

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ** (нуждается ли ребенок в индивидуальной программе ранней помощи)

**РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ:**

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Подпись специалиста \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)