

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:

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОГРАММЕ (нуждается в ИПРП / не нуждается в ИПРП)

РЕКОМЕНДОВАНО:

Программа Ранней помощи	Кратковременное консультирование
Сопровождение без составления программы	Пролонгированное консультирование

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ:

МП

Подпись специалиста _____ (расшифровка подписи)

Подпись специалиста _____ (расшифровка подписи)

С заключением ознакомлен и согласен _____
(подпись)