

**УТВЕРЖДЕНО**  
**приказом директора ОГБУСО**  
**«КЦСОН Осинского района»**  
**И.А. Шипицыной**  
**От 02.03.2020 г. № 104**

**ОГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения Осинского района»**  
**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)