**Форма направления детей в организацию, предоставляющую услуги по ранней помощи**

НАПРАВЛЕНИЕ

№ \_\_\_\_\_\_\_\_от  «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Ребенок (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.,

полных \_\_\_\_\_лет\_\_\_\_\_\_\_месяцев,

направляется в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи.

Основание:

- ребенок имеет статус «ребенок-инвалид»: да, нет

- ребенок имеет стойкое нарушение функций организма: да, нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать при наличии)

- ребенок имеет заболевание, приводящее к нарушениям функций организма: да нет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать при наличии)

- ребенок отстает в развитии или имеет ограничения (указать при наличии):

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности | Наличие задержки или ограничения без уточнения степени |
| Способность к самообслуживанию | да | нет |
| Способность к передвижению | да | нет |
| Способность к ориентации | да | нет |
| Способность к общению | да | нет |
| Способность к обучению | да | нет |
| Способность к контролю за своим поведением | да | нет |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                    /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

                                 подпись                           расшифровка подписи

 место печати организации

Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_