

**Индивидуальная программа
ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи**

ФИО ребёнка, дата рождения _____

ФИО родителей (законных представителей) _____

Место проживания _____

Телефон, e-mail _____

Сведения, подтверждающие необходимость предоставления услуг ранней помощи ребенку и семье (ИПРА, заключение ТПМПК, направление медицинской организации, Постановление постановке на учёт СОП) _____

Проблемы семьи: _____

Участники реализации программы (выбрать): заведующий

–заместитель заведующего по ВМР

–воспитатель

–педагог-психолог

–музыкальный руководитель

–инструктор по физической культуре

–учитель-логопед

Длительность реализации программы:

общий срок реализации _____

количество встреч в неделю _____

продолжительность одной встречи _____

Задачи:

Участники реализации программы	учитель-логопед	педагог-психолог	Воспитатель (инструктор по ф/к, музыкальный руководитель)	Администрация (заведующий, зам.зав.по ВМР)
Результаты обследования ребёнка и ситуации в семье				
Вид услуги				
Формы работы (с указанием места проведения)				
Результаты реализации программы (не менее 1 раз в 3 месяца)				
Коллегиальное заключение	<p>Динамика развития ребёнка:</p> <p>Динамика ситуации в семье:</p>			