**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** | **Динамика развития ребёнка:**  **Динамика ситуации в семье:** | | | |