Логотип или штамп

Организации

**НАПРАВЛЕНИЕ**

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

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

Год и месяц рождения «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ (дата рождения),

полных \_\_\_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев,

направляется в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи.

Выявлено соответствие критериям оказания услуг ранней помощи (перечислить):

 наличие у ребенка от 0 до 3 лет, не имеющего статуса «ребенок-инвалид» (III - V группа здоровья) стойких нарушений функций организма;

 наличие у ребенка от 0 до 3 лет, не имеющего статуса «ребенок-инвалид» (III - V группа здоровья) заболеваний, приводящих к нарушениям функций организма;

 наличие у ребенка от 0 до 3 лет, не имеющего статуса «ребенок-инвалид» (III - V группа здоровья) задержки развития и ограничений жизнедеятельности (указать в таблице):

|  |  |
| --- | --- |
| Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности | Наличие задержки развития и ограничений без уточнения степени (обвести кружком): |
| 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 |

Получено согласие родителей (законных представителей) на получение услуг ранней помощи.

Родитель

(законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

Специалист (врач) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

место печати организации

Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.