**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:** |