БУ ХМАО-Югры «КЦСОН «Фортуна»

Отделение реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями

**Индивидуальная программа предоставления**

**социально-реабилитационных услуг ребенку испытывающему**

**трудности в социальной адаптации**

дата поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выбытия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ф.И.О. несовершеннолетнего** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **полных лет** \_\_\_

**Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о родителях (законных представителях):**

**Мать:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Категория**: ребенок – инвалид / ребенок, испытывающий трудности в социальной адаптации

**Основание:** Индивидуальная программ ареабилитации ребенка – инвалида / заключение медико – психолого – педагогической комиссии / направление от педиатра

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Мероприятия социальной реабилитации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перечень мероприятий социальной реабилитации** | **Должность исполнителя**  | **План предоставления социально-реабилитационных услуг** |
| Социально- средовая реабилитация | Специалист по социальной работе |  |
| Социальная - педагогическая реабилитация | Воспитатель  | Коррекционные занятия группового и индивидуального характера, направленные на общее развитие. |
| Социальный педагог |  |
| Логопед  |  |
| Социально- психологическая реабилитация |  |  |
| Социокультурная реабилитация | Воспитатель | Создать условия для посещения анимационных мероприятий, развитие творческого потенциала для участия в выставках и конкурсах детского творчества. |
| Инструктор по труду |  |
| Социально-бытовая адаптация | Воспитатель | Формировать новые и закреплять ранее полученные социально – бытовые навыки. |
| Инструктор по труду |  |
| Физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт | Инструктор- методист по АФК | Формирование интереса к движениям и здоровому образу жизни и спорту.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Специалист | Количество занятий  |
| план | факт |
| Занятия с логопедом \ Массаж логопедический |  |  |
| БОС - дыхательные тренинги (логопед) |  |  |

**ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ**

**Физиотерапевт**

**Жалобы:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название процедуры | Кол-во | Время | Дозировка  |
| Массаж нижних конечностей, спины |  |  |  |
| КВЧ на точки, повышающие иммунитет |  |  |  |
| Галотерапия, ежедневно |  |  |  |
| Аэроионотерапия, ежедневно |  |  |  |
| Ароматерапия. ежедневно |  |  |  |
| АФК, ежедневно в течение курса реабилитации |  |  |  |

 Физиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение о выполнении индивидуальной программы предоставления социально-реабилитационных услуг ребенку с ограниченными возможностями**

**Физиотерапевт:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Получила процедуры:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Оценка эффективности результата проведённых мероприятий:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Воспитатель:**

**Оценка эффективности результата реализации мероприятий:** Посетил(а) все групповые и индивидуальные занятия. Была проведена педагогическая диагностика на входе и выходе, согласно которой у ребенка расширился кругозор, увеличился словарный запас, улучшились функции памяти и внимание. Активно выполнял(а) задания творческого характера. Благодаря этому принял(а) участие в конкурсах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Улучшились коммуникативные навыки.

**Рекомендации:** Повторить курс реабилитации согласно графика.

**Заключение:** Динамика положительная.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Логопед:**

**Оценка эффективности результата реализации мероприятий:**

**Рекомендации:**

**Заключение:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Инструктор по труду:**

**Оценка эффективности результата реализации мероприятий:**

**Рекомендации:**

**Заключение:**

**Социальный педагог:**

**Оценка эффективности результата реализации мероприятий:**

**Рекомендации:**

**Заключение:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Инструктор-методист по АФК:**

**Оценка эффективности результата реализации мероприятий:**

**Рекомендации:**

**Заключение:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Коллегиальное заключение МППК: Курс реабилитации закончен с**

Физиотерапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Воспитатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инструктор по труду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инструктор АФК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_