**Заявление о соответствии критериям на раннее вмешательство (от рождения до 3 лет)**

**(ортопедическое нарушение 70)**

Имя ребенка Дата рождения

Школа Дата первичного соответствия критериям

***Группа получила следующие заключения (приложить документы 1-5):***

1. Группа рассмотрела имеющуюся информацию, в том числе сведения от родителей, личное дело учащегося, а также индивидуальные семейные планы обслуживания. Анализируемая документация включает достоверную информацию из указанных источников, на основании которой определялось соответствие критериям.

Дата рассмотрения

2. Медицинское заключение либо заключение о состоянии здоровья с указанием диагноза ортопедического или нейромоторного нарушения либо с описанием расстройства моторных функций:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Врач, медсестра или помощник врача | | Дата проведения | Дата рассмотрения |

3. Стандартное обследование моторных функций, в том числе мелкой и крупной моторики и самообслуживания, при необходимости, специалистом в области ортопедии либо нейромоторного развития.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Специалист | | Дата проведения | Дата рассмотрения |

4. Обследование с целью определения оказываемого предполагаемым расстройством воздействия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Специалист | | Дата проведения | Дата рассмотрения |

5. Дополнительные обследования, необходимые для выявления потребностей ребенка в обучении:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Специалист | | Дата проведения | Дата рассмотрения |

***Ребенок соответствует следующим критериям:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Да | Нет | У ребенка выявлено расстройство моторных функций, которое приводит к снижению качества, скорости или точности движений. Выявленная недостаточность оценивается в документах 2 и более стандартными отклонениями ниже среднего уровня по мелкой и крупной моторике и/или способности к самообслуживанию; *или* |
| да | нет | У ребенка выявлена функциональная недостаточность минимум двух из трех моторных функций; *И* |
| да | нет | Состояние ребенка постоянное, либо, по прогнозу, продлится более 60 календарных дней. |

***Группа пришла к заключению, что ребенок***  ***соответствует***  ***не соответствует критериям для предоставления услуг раннего вмешательства.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Подписи специалистов группы** | |  | | **Должность** | | **Соглаcен** | **Не согласен** |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |

Копии отчета о результатах оценки и заявления о соответствии критериям переданы родителю (-ям).