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

**(глухота-слепота 43)**

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. Соответствие критериям ребенка с расстройством зрения для получения специального обучения.

Дата заявления о соответствии критериям:

3. Соответствие критериям ребенка с расстройством слуха для получения специального обучения.

Дата заявления о соответствии критериям:

4. Для ребенка, который соответствует минимальным критериям наличия расстройства слуха либо зрения, но показывает непоследовательные или неоднозначные реакции по другим органам чувств, необходимо приложить функциональное заключение педагога для лиц с нарушениями слуха или зрения в установленном порядке:

Специалист Дата проведения Дата рассмотрения

5. Для ребенка, который соответствует минимальным критериям наличия расстройства слуха либо зрения и имеет прогрессирующее заболевание или патологию, влияющие на остроту восприятия других органов чувств, необходимо приложить медицинское заключение о состоянии здоровья в установленном порядке:

Врач, медсестра или помощник врача Дата проведения Дата рассмотрения

***Ребенок соответствует следующим критериям:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| да | нет | Ребенок соответствует критериям наличия расстройства и слуха, и зрения; |
| Да | Нет | Ребенок соответствует критериям наличия расстройства слуха либо зрения, но показывает непоследовательные или неоднозначные реакции по другим органам чувств. Функциональное обследование других органов чувств подтверждает наличие нарушения в данной области; либо |
| да | нет | Ребенок соответствует минимальным критериям наличия расстройства слуха либо зрения и имеет прогрессирующее заболевание или патологию, влияющие на остроту восприятия других органов чувств. |

***Группа согласна, что ребенок***  ***соответствует***  ***не соответствует критериям для предоставления услуг раннего вмешательства.***

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

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