# Заключение о праве на раннее вмешательство

**Физическое или психическое состояние, которое может привести к**

**задержке развития**

Имя и фамилия ребенка: Дата рождения:

Программа: Район проживания:

***Коллектив специалистов применил следующее требование:***

Документальное заявление о том, что ребенку поставлен диагноз физического или психического заболевания, которое может привести к задержке развития (форма 581-5150D-X):

 Врач/помощник врача/практикующая медсестра Дата

***Коллектив специалистов установил, что ребенок соответствует следующим критериям:***

 [ ]  [ ]  1. Ребенок имеет физическое или психическое заболевание, которое может привести к задержке развития, как описано

 Да нет ниже:

Коллектив специалистов согласен, что этот ребенок \_\_\_\_\_\_\_\_имеет право\_\_\_\_\_\_\_\_не имеет права на раннее вмешательство.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Подписи членов коллектива специалистов** |  | **Должность/организация** | **Согласен (на)** | **Не согласен (на)** |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  | [ ]  | [ ]  |

Врач указал, что этот ребенок имеет:

🞏 Нарушение зрения

🞏 Нарушение слуха

🞏 Ортопедическое нарушение

🞏 Копия отчета об оценке и заключения о праве на раннее вмешательство вручена родителю (ям).