**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

для предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания для ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями здоровья, ребенка испытывающего трудности в социальной адаптации, ребенка имеющего проблемы в развитии **(нужное подчеркнуть)**

Выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние здоровья: передвигается самостоятельно, с посторонней помощью, с помощью ТСР **(нужное подчеркнуть),** группа здоровья ребенка **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Способность к самообслуживанию: не ограничена, частично ограничена, нуждается в постоянном постороннем уходе **(нужное подчеркнуть)**

Виды нарушения *(заполняется для детей-инвалидов)* **(нужное подчеркнуть):**

- множественные нарушения,

- сенсорные нарушения,

- двигательные нарушения,

- нарушения умственного развития

Наличие / отсутствие нарушения (или потери) речи, слуха вследствие заболевания, травмы *(заполняется для ребенка с ограниченными возможностями здоровья, ребенка испытывающего трудности в социальной адаптации, ребенка имеющего проблемы в развитии)* **(нужное подчеркнуть)**

Наличие / отсутствие медицинских противопоказаний для предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания **(нужное подчеркнуть)**

Рекомендуется / не рекомендуется проведение оздоровительных мероприятий **(нужное подчеркнуть):**

- физиотерапевтические процедуры,

- ручной и механический массаж,

- кислородный коктейль,

- фитотерапия,

- водолечение,

- бассейн,

- проведение оздоровительной гимнастики, занятий по общей физической подготовке

Рекомендуется / не рекомендуется проведение занятий по адаптивной физической культуре **(нужное подчеркнуть)**

**Заключение:** рекомендуется / не рекомендуется прохождение курса социальной реабилитации, отдыха и оздоровления в организации, оказывающей социальные услуги **(нужное подчеркнуть).**

Врач  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

(подпись) (расшифровка)

М.П.