

С индивидуальным маршрутом комплексной реабилитации ознакомлен (а), согласен (а)

Утверждаю:
Председатель межведомственной рабочей группы

« _____ » _____ 20__ г.

« _____ » _____ 20__ г.

**Индивидуальный маршрут комплексной реабилитации
I. Общие сведения о сопровождаемом, членах семьи**

1.	ФИО сопровождаемого	
2.	Дата рождения	
3.	Домашний адрес	
4.	Контактный телефон	
5.	ФИО родителей (законных представителей)	
6.	Место работы родителей (законных представителей), контактные телефоны	
7.	Причина, обстоятельство комплексного сопровождения	
8.	Дата постановки на комплексное сопровождение	
9.	Дополнительные сведения	

II. План мероприятий комплексной реабилитации

№	Мероприятие	Срок реализации	Участники комплексной реабилитации	Ответственный, контактный телефон	Отметка о выполнении
1. Медицинские мероприятия, услуги					
2. Педагогическая реабилитация, услуги					
3. Психологическая реабилитация, услуги					
4. Социальная реабилитация, услуги (в том числе средствами физической культуры)					
5. Социокультурная реабилитация, услуги					
5. Профессиональная ориентация, обучение, трудоустройство					
6. Оздоровление (санаторно-курортное лечение, в том числе реабилитация в учреждениях социального обслуживания)					
7. Правовая, юридическая помощь					

III. Оценка эффективности проведенных мероприятий

IV. Заключение о выполнении плана мероприятий комплексной реабилитации

Председатель межведомственной рабочей группы _____

Члены рабочей группы _____

