

УТВЕРЖДЕН
распоряжением
администрации
от №

УТВЕРЖДАЮ:
Директор КГКУ «_____»
_____/ФИО/
«__» _____ 20__ г.

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН
РАЗВИТИЯ И ЖИЗНЕУСТРОЙСТВА**

**ФИО ребенка
(дата рождения)**

Фото ребенка

**Ответственный специалист
КГКУ «__»:**

Должность _____

ФИО _____ // _____
подпись

Ответственный специалист ПОО:

Должность _____

ФИО _____ // _____
подпись

I. БАЗОВАЯ ЧАСТЬ

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения _____

Заключение психолого-медико-педагогической комиссии, рекомендации: ____

Состояние здоровья (включая информацию об основном, сопутствующих заболеваниях (при наличии), план лечения по основному (сопутствующим) заболеваниям, о нутритивном статусе (включая план кормления), паллиативном статусе (при наличии): _____

Дата поступления в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: _____

Наставник ребенка (сотрудник/привлеченный) _____

История жизни:

Временной период с ____ по _____	Срок (мес., год, лет)	Место пребывания ребенка, адрес	Контактные данные лица, владеющего информацией о ребенке (по месту пребывания ребенка)	Дополнительная информация о причинах перемещения ребенка*

*Заполняется в случае отобрания ребенка из кровной семьи, возврата из замещающей семьи, помещения на реабилитацию на срок более 3 месяцев, необходимости помещения в медицинскую организацию для лечения. Если ребенок ранее находился в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, при заполнении таблицы «История жизни» необходимо запрашивать индивидуальный план развития и жизнеустройства ребенка (далее – ИПРиЖ), составленный организацией, где ребенок находился ранее (при отсутствии ИПРиЖ – запрашивать характеристику на ребенка).

Родственные связи:

№	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) родственника, дата рождения	Степень родства	Статус (лишение (ограничение) родительских прав, розыск, в местах лишения свободы, признан недееспособным и др.)	Место жительства, телефон	Поддержива ется ли общение с ребенком (встречи, звонки, письма)

Устойчивые социальные связи ребенка:

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения гражданина, с которым ребенок поддерживает общение	Информация о лицах, не являющихся родственниками ребенку, с которыми он поддерживает общение (друзья в учреждении, друзья по месту проживания, родственники замещающих родителей, кураторы, наставники, волонтеры и др.)

Данные о реализации права ребенка на образование:

Наименование образовательных организаций, в которых ребенок обучался (обучается), место нахождения организации	Период обучения, вид обучения, наименование образовательной программы, по которой обучался (обучается) ребенок
--	--

Особенности травматического опыта ребенка: _____

Описание развития и жизнеустройства ребенка по итогам периода адаптации

Воспитатель: _____

Психолог: _____

Социальный педагог: _____

Учитель – логопед: _____

Учитель – дефектолог: _____

Врач-педиатр: _____

Врач-специалист по профилю заболевания (при наличии заболевания заполняется врачом-педиатром организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на основании заключения врача-специалиста медицинской организации)

Коллегиальное решение:** передача ребенка в кровную семью/ подготовка к передаче в замещающую семью / подготовка к самостоятельной жизни

**При наличии у ребенка психологической травмы с явно проявляющимся посттравматическим синдромом или при необходимости проведения реабилитационной работы дополнительно указываются задачи и рекомендации по проведению реабилитации ребенка.

Воспитатель	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
Психолог	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
Социальный педагог	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
Учитель-логопед	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
Учитель-дефектолог	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)
Врач-педиатр	_____	_____
	(подпись)	(расшифровка подписи)

II. ПЛАНОВАЯ ЧАСТЬ

Комплексное сопровождение воспитанника за отчетный период
(в план вносится только индивидуальная работа с ребенком, направленная на реабилитацию и реализацию коллегиального решения индивидуального плана развития и жизнеустройства ребенка)

План социально-педагогического сопровождения

Ответственный, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

№ п/п	Направление работы	Наименование задачи, на решение которой направлено проведение мероприятий	Мероприятия	Сроки	Результат/Изменения

План психологического сопровождения

Ответственный, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

№ п/п	Направление работы	Наименование задачи, на решение которой направлено проведение мероприятий	Мероприятия	Сроки	Результат/Изменения

План воспитательного сопровождения

Ответственный, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

№ п/п	Направление работы	Наименование задачи, на решение которой направлено проведение мероприятий	Мероприятия	Сроки	Результат/Изменения

План медицинского сопровождения

Ответственный, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

№ п/п	Направление работы	Наименование задачи, на решение которой направлено проведение мероприятий	Мероприятия	Сроки	Результат/ Изменения

III. РЕЗУЛЬТАТИВНАЯ ЧАСТЬ

Динамика развития и жизнеустройства ребенка за отчетный период

Воспитатель: _____

Психолог: _____

Социальный педагог: _____

Учитель – логопед: _____

Учитель – дефектолог: _____

Врач-педиатр: _____

Врач-специалист по профилю заболевания (при наличии заболевания, заполняется врачом-педиатром организации для детей-сирот на основании заключения врача-специалиста медицинской организации)

Воспитатель

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

Психолог

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

Социальный педагог

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

Учитель-логопед

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

Врач-педиатр

(подпись)_____
(расшифровка подписи)

IV. РЕКОМЕНДАТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

(раздел заполняется и периодически редактируется с момента окончания адаптационного периода)

Рекомендации по развитию и жизнеустройству ребенка

Сильные и слабые стороны ребенка:

Сильные стороны ребенка (способности, качества, таланты, умения)	Слабые стороны ребенка (особые потребности, трудности, проблемы)

Результаты коррекционно-развивающей работы: _____

Рекомендуемая семья:

Критерии	Рекомендации
Наличие опыта воспитания приемных детей	
Желаемый возраст приемных родителей	
Особенности семейной структуры (состав семьи, количество членов семьи)	
Готовность принять на воспитание братьев/сестер	
Наличие кровных и приемных детей, их возраст	
Жилищные особенности и возможности	
Трудовая занятость	
Возможность обеспечить учебные потребности ребенка	
Доступность медицинского обслуживания	
Доступность к организациям дополнительного образования, спортивным секциям	
Возможность оказывать долгосрочную родительскую поддержку после совершеннолетия ребенка	
Прочее	

Рекомендации специалистов: _____
