

Анкета психолого-педагогического и медико-социального сопровождения

1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения: _____ Свидетельство о рождении: _____ Гражданство _____
3. Юридический статус: _____
4. Паспортные данные: _____
5. Зарегистрирован по месту жительства: _____
6. Сведения о родителях:
Отец: _____
Мать: _____
7. Под опекой _____ Паспортные данные: _____ Зарегистрирован по месту жительства: _____
8. Закреплена жилая площадь по адресу: _____ Постановление: _____
9. Сведения о близких родственниках:

№ п/п	Ф.И.О.	Степень родства	Адрес, контактный телефон

10. Сведения об имуществе: _____

11. Обучение в образовательных организациях

№ п/п	Наименование учреждения, его место нахождения	Год поступления	Год окончания пребывания

12. Отношение к воинской обязанности

13. Дополнительное образование

14. Склонность к правонарушениям и преступлениям

№ п/п	Мера профилактического воздействия	Дата постановки
1	Внутренний учет	
2	ПДН УМВД России	

3	Судимость (статья)	
---	--------------------	--

15.Какая помощь необходима (медицинская, психолого-педагогическая, консультации юридического плана, помощь в восстановлении документов и др.)

16.Контактный телефон

Дата _____

Подпись _____

Листок медицинского сопровождения

Ф.И.О. _____ Дата рождения: _____ Группа: _____

Сведения о состоянии здоровья: Ds. _____

Оценка физического развития: _____ Физ. Группа _____

Наблюдение у врача: _____

У врача-нарколога –

У врача-психиатра –

У врача-венеролога –

Заключение:

Оценка физического развития: _____

Группа здоровья: 1, 2, 3, 4, 5

Рекомендации: _____

Психолого-педагогическое сопровождение:

Ф.И.О. _____ Дата рождения: _____ Группа: _____

Рекомендации: _____

Сопровождение проживающих в общежитии или Акт обследования жилищных условий

Ф.И.О. _____ Дата рождения: _____ Группа: _____

Комната № _____ Этаж _____

Жилищные условия _____

С кем проживает _____

Питание _____

Санитарно-гигиеническое состояние комнаты _____

Личная гигиена _____

Дежурство: _____

Дополнительные сведения _____

Рекомендации: _____

Кураторское сопровождение:

Ф.И.О. _____ Дата рождения: _____ Группа: _____

Успеваемость: _____

Посещение, пропуски (причина) _____

Дополнительная занятость: _____

Участие в мероприятиях (групповых, индивидуально) _____

Взаимоотношения в группе: _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ Адрес места жительства _____

Полное наименование и юридический адрес медицинской организации, проводившей профилактический медицинский осмотр:

Осмотр специалистов

Специалисты	Дата	Заключение код МКБ	Рекомендации по лечению, мед. реабилитации, СКЛ	Подпись
Невролог				
Офтальмолог				
Детский хирург				
Ортопед				
ЛОР				
Гинеколог / детский уролог				
Психиатр				
Стоматолог				
Эндокринолог				
ОАК, глюкоза				
ОАМ				

ЭКГ				
УЗИ сердца				
УГИ ГПДЗ				
УЗИ щит. железы, репрод. системы				
Флюорография				
Педиатр				
Масса, кг				
Рост, см				

Заключение:

Оценка физического развития:

Группа здоровья: 1, 2, 3, 4, 5

Рекомендации:

- ЗОЖ, режим дня, питание сбалансированное;
- занятия физической культурой: основная, подготовительная, специальная группа
- иммунопрофилактика по общему (индивидуальному) календарю
- диспансерное наблюдение:

Зам. главного врача

Зав. отделением узких специалистов