Утверждаю

Директор _____С.И.Путилина

ЦО «Новая волна»

Индивидуальный план сопровождения (ИПС) ребенка с ОВЗ и инвалидностью

Смена / период:_____

Дата составления: _____

Общие данные

ФИО ребёнка: _____

Дата рождения:_____

Отряд:_____

ФИО, контактные данные родителей (телефон, e-mail):_____

Экстренные контакты (другие лица): _____

Диагноз / особенности развития_____

Краткое описание особенностей (поведенческие, сенсорные, моторные, речевые и т.д.):_____

Медицинская информация

Лекарства (название, дозировка, режим приёма, кто отвечает за выдачу):

_____

Аллергии (продукты, медикаменты, прочее): _____

Особые медицинские назначения / ограничения / рекомендации врача:

_____

Медицинские документы прилагаются: Да / Нет (перечислить) _____

_____

Режим и повседневная организация

Режим сна (время отбоя / подъёма / особенности): _____

Питание (особые требования, диета): _____

Физическая активность (ограничения, допустимые нагрузки): _____

Участие в массовых мероприятиях (полное / частичное / по согласованию): _____

Индивидуальное расписание (пример на день / недели)_____

Участие в общих активностях: _____

Индивидуальные занятия (психолог и т.д.):_____

Перерывы/тихие зоны: время и место: _____

Методы взаимодействия и сопровождения_____

Предпочтительные способы коммуникации (вербальная, визуальные подсказки, пиктограммы и т.д.):_____

Мотивационные методы (поощрения, система баллов, визуальные жетоны):_____

Способы деэскалации при стрессе / агрессии:_____

Наглядные подсказки / инструкции для сотрудников:_____

Роли и ответственные лица_____

Вожатый : ФИО, контакт: _____

Педагог-психолог: ФИО, контакт: _____

Медицинский работник (медсестра/фельдшер): ФИО, контакт: _____

Меры безопасности и алгоритмы при инцидентах

Триггеры для немедленного реагирования (что считается экстренным):_____

Алгоритм при медицинской экстренной ситуации:

1) Оказать первую помощь → 2) Вызвать скорую при необходимости → 3) Сообщить родителям(законным представителям) → 4) Оформить запись в меджурнале.

Алгоритм при психологическом кризисе:

1) Перевести в безопасное место → 2) Привлечь психолога → 3) Информировать администрацию и родителей(законных представителей).

Контроль и мониторинг

Формы учёта (журнал посещаемости, дневник поведения, карта приёма лекарств): _____

Конфиденциальность и согласия

Согласие родителей на обработку данных: Да / Нет (дата, подпись) _____

Согласие на медицинские действия / экстренное вмешательство: Да / Нет

Дополнительные согласия (фото, участие в мероприятиях и т.д.): _____

Итоговые рекомендации по завершении смены_____

Рекомендации для семьи и дальнейших специалистов:_____

Необходимость продолжения коррекционной работы: Да / Нет; Предложения:

Даты ревизии ИПС_____

Дата следующей проверки/обновления ИПС: _____

Подписи_____

Ответственный составитель ИПС (ФИО, должность): _____

Подпись: Дата: _____

Педагог-психолог (ФИО): Подпись: _____

Медицинский работник (ФИО): Подпись: _____

Родитель / законный представитель (ФИО): Подпись: _____

Примечания / приложение:

Особые указания:_____