

**Регистрационная форма
получателя услуг в Службе ранней помощи ОГБУСО «Реабилитационный центр для
детей и подростков с ограниченными возможностями»**

Форма обращения

- Телефонный звонок
- Визит

Дата обращения _____/_____/_____

Дата приема _____/_____/_____

Время _____

Кто обращается

- Родители (Ф.И.О.) _____
- Специалисты (Ф.И.О.) _____
- Организация _____

Источник (откуда узнали, кто направил и почему) _____

Что Вас беспокоит? _____

Запрос _____

Ребёнок:

Возраст _____

Фамилия, Имя _____

Результат:

- Отказ (причина, что рекомендовано) _____
- Направлен на прием:

Форма приема _____

Специалист _____

Место проживания _____

Контактная информация (телефон) _____

Удобное время для приема 10-00, 11-00, 12-00, 14-00, 15-00 час.