**РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

|  |
| --- |
| **Взрослый** |
|    |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  | Возраст  |  | Пол |  |
| Домашний адрес |  |
| Контактные телефоны | Домашний | мобильный |
| Образование  |  |
| Место работы, должность |  |
| Контактный телефон  | Рабочий |
|  Дата приёма специалистом:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
 |  МБДОУ детский сад № 153 |
| Должность, Ф.И.О. специалиста, проводившего первичный прием: |  |
| Содержание обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Инициатор обращения  |
| * Родители
* Образовательное учреждение
* Медицинское учреждение
 | * Органы власти
* Учреждение соц. обслуживания
* Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Откуда вы узнали о центре |
| * Из рекламы
* Из сайта в интернете
 | * От других клиентов
* В образовательном учреждении
* В медицинском учреждении
 |

#  РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ЛИСТ

|  |
| --- |
| Ребенок |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  возраст | пол |  |
| Адрес, индекс |  |
| Телефон |  |  |  |
| Мать |
| Ф.И.О. |  |
| Возраст матери на момент рождения ребенка |  |
| Место работы матери, занимаемая должность |  |
| Отец |
| Ф.И.О. |  |
| Возраст отца на момент рождения ребенка |  |
| Место работы отца, занимаемая должность |  |
| Другие члены семьи |
| Ф.И.О. | Кем приходится ребенку |
|  |  |
| Жилищные условия |  | Материальное состояние**у** (удовлетворительное)**н** (неудовлетворительное) |  |
| Согласие родителей (лиц их заменяющих) на обследование ребенка и оказание помощи: | Дата Подпись |

**Дата обращения** родителей (законных представителей) в консультативный пункт МБДОУ детского сада 153 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата окончания** работы с ребенком |  |
| **Причина** окончания работы с ребенком |  |

 