

**Государственное казённое учреждение социального обслуживания Краснодарского края
«Каневской реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными
возможностями»**

ДНЕВНИК № _____

ПАТРОНАЖНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

(Ф.И.О. ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями)

Ф.И.О. родителей, законных представителей _____

домашний адрес, телефон _____

Дата постановки на социальный патронаж _____ (Приказ от _____ 20 г. № _____)

Дата завершения социального патронажа _____ (Приказ от _____ 20г. № _____)

Дата, время, место проведения	Цель (задача) выхода на патронаж	услуги (помощь), оказанные в ходе патронажа	Примечание	Исполнитель: (Ф.И.О. специалиста)
1	2	3	4	5