ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ПРОСТОЙ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП
Документ отправлен на официальный сайт: tselinnoe.eduds.ru
Уполномоченное лицо – руководитель образовательного учреждения:
МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕЛИННОВСКИЙ ДЕТСКИЙ САД "РОМАШКА" ДЖАНКОЙСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
Действителен с: с 25.04.2024, 07:00
Действителен до: до 19.07.2025, 07:00
Ключ подписи: 00AD448A23A284236BAD847B036737EF09

**СОГЛАСОВАНО**
**Начальник отдела образования, молодежи и сорта администрации Джанкойского района**
**____________ Р.П.Головко**
**«_____» _____________ 20____ г.**

**СОГЛАСОВАНО**
**Председатель Джанкойской горрайонной общественной организации инвалидов «Союз Чернобыль»**
**___________Ю.Д. Курнаков**
**«_____» _____________ 20____ г.**

**УТВЕРЖДАЮ**
**Заведующий Муниципальным дошкольным образовательным учреждением «Целинновский детский сад «Ромашка»**
**______________Н.В.Чмух**
**«_____» _____________ 20____ г.**

**План адаптации для МГН объекта**

Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Целинновский детский сад «Ромашка» Джанкойского района Республики Крым

296130, Республика Крым, Джанкойский район, с.Целинное, ул. Садовая,10

(адрес)

**на период** __2016-2017_годы_

| №№ п/п | Наименование мероприятий по адаптации | Категории МГН (К,О,С,Г,У) | ВИД работы | ЭТАП работы* | Необходимое финансирование, руб. | Срок исполнения | Ответственный исполнитель |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.** | **Организационные мероприятия:** | | | | | | |
| **1.1** | **Уточнение объёма работ и сумм мероприятий по адаптации МГН** | **К,О,С,Г,У** | **Документация** | 1 этап адаптации | **-** | 2016 | **Заведующий** |
| **1.2.** | **Проведение инструктажа сотрудников МДОУ по работе с инвалидами** | **К,О,С,Г,У** | **Документация** | 1 этап адаптации | **-** | 2016 | **Заведующий** |
| **2.** | **Приобретение технических средств адаптации:** | | | | | | |
| **2.1** | **Кабинет логопеда** | | | | | | |
| **2.2** | **Зал для занятий лечебной физкультурой** | | | | | | |
| **2.3** | **Устройство для транспортировки инвалидов** | | | | | | |
| **3.** | **Ремонтные работы:** | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **3.1** | **По территории объекта** | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **3.2** | **По входу в здание** | | | | | | |
| | -кнопка вызова | **К** | **Устройсво** | 1 этап адаптации | **4 500,00 Местный бюджет** | 2017 | **Заведующий** |
| | - нанесение контрастной разметки | **С** | **Разметка** | 1 этап адаптации | **1 500,00 Местный бюджет** | 2016 | **Заведующий** |
| | - установка поручней в соответствии с требованиями стандартов | **Г,О,С,У** | **ТР** | 2 этап адаптации | **24000,00 Федеральный бюджет** | 2017 | **Заведующий** |
| **3.3** | **По путям движения в здании** | | | | | | |
| | - установка дверных блоков | **Г,О,С,У** | **ТР** | 2 этап адаптации | **100 000,00 Федеральный бюджет** | 2017 | **Заведующий** |
| **3.4** | **По зоне оказания услуг** | | | | | | |
| | | | | | | | |
| **3.5** | **По санитарно-гигиеническим помещениям** | | | | | | |
| | Расширение туалета | **Г,О,С,У** | **ТР** | 2 этап адаптации | **100 000,00 Федеральный бюджет** | 2017 | **Заведующий** |
| **3.6** | **По системе информации** | | | | | | |

| Состояние доступности объекта для МГН | К | О | С | Г | У |
|---|---|---|---|---|---|
| - на начало планового периода | ВНД | ДЧ | ВНД | ДЧ | ДЧ |
| - по завершении 1-го этапа плана адаптации* | ДУ | ДУ | ДУ | ДУ | ДУ |
| - по завершении 2-го этапа адаптации** | | | | | |

1. Вам необходимо заполнить указанную таблицу (План адаптации МГН) и предоставить Сейтхалиловой З.Р. в бумажном варианте утвержденными исогласованными в **срок до 13 июля**!

2. Вам в помощь для заполнения направляем методические рекомендации. 3. Обязательно в графе "срок исполнения"- прописываете тот год, когда точно будет проделана работа. (Программа "Доступная среда" действует до 2020 года).

4. Рекомендации: необходимо хоты бы установить "кнопку вызова" у входной двери и "контрастную маркировку".