

**Государственное казенное учреждение социального обслуживания
Владимирской области
«Владимирский социально-реабилитационный центр
для несовершеннолетних»
(ГКУСО ВО «Владимирский СРЦН»)**

П Р И К А З

30.12.2020

№ 149

Об утверждении форм учетно-отчетной документации по программам дополнительного образования

В целях приведения в соответствие с действующей нормативно-правовой базой учетно-отчетной документации педагогических работников учреждения, реализующих программы дополнительного образования, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:
 - 1.1. Форму табеля посещаемости учебных занятий согласно приложению № 1;
 - 1.2. Форму отчета о работе по программе дополнительного образования согласно приложению № 2.
2. Педагогическим работникам с 01.01.2021 в ходе реализации программ дополнительного образования вести табель посещаемости учебных занятий; отчет о работе по программе дополнительного образования заполнять ежеквартально нарастающим итогом.
3. Заведующим стационарным отделением А.А. Кузнецовой, отделением реабилитации детей с ограниченными возможностями и оказания ранней помощи Л.Б. Завьяловой осуществлять контроль ведения учетно-отчетной документации педагогическими работниками, реализующими программы дополнительного образования.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на методиста отделения организационно-методической работы Н.И. Балашову.

И.о. директора



Т.А. Мачинскене

Проект подготовлен:

Заведующий отделением
организационно-методической работы

М.М. Фомина

Отпечатано в 1 экз.
Экз. № 1 в дело № 01-12

Ознакомлены:

_____ Л.Б. Завьялова

_____ А.А. Кузнецова

_____ Н.И. Балашова

Табель посещаемости учебных занятий _____ (наименование программы)
за _____ г.

№ п/п	ФИО	Месяц			Дата занятия	Содержание занятий
		Дата		

Отчет о работе по программе дополнительного образования _____ (наименование программы)
за ___ квартал _____ г.

Кол-во обучающихся, всего, чел.	из них (из гр. 1) девочки	из них (из гр. 1) мальчики	из них (из гр. 1)		Мониторинг реализации программы
			дети-инвалиды	дети с ограниченными возможностями здоровья	
1	2	3	4	5	6

ФИО, должность, подпись _____

Дата _____