*Центр соціологічних досліджень ЧНУ ім. П. Могили на замовлення ГО «Миколаївський обласний рух підтримки осіб з інвалідністю «Сильні разом» та за підтримки Миколаївської міської ради*

***ЦЕ ОСОБЛИВО ВАЖЛИВО ДЛЯ ВАС ТА ВАШОЇ ДИТИНИ!!!***

*З метою виявлення реальних потреб і побажань сімей, які виховують дітей з особливими потребами, а також для оптимізації роботи служб соціального захисту, закладів охорони здоров’я, культури та освіти, реабілітаційних установ, щодо надання різного роду послуг. Ваші думки, пропозиції виключно важливі, особливо цікаві. Просимо Вас уважно прочитати запитання і відповіді на них, обведіть номер тієї відповіді, з якою Ви згодні, або напишіть свій варіант. Кінцеві висновки опитування анонімні, всі дані будуть використані в узагальненому вигляді.*

**1. Чи отримуєте Ви від державних органів влади і як часто зазначені види допомоги?** *(зробіть по одній позначці у кожному рядку)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ніколи | Один раз від народження дитини | Регулярно один-два рази на рік | Регулярно щомісяця | Примітки |
| Надання матеріальних дотацій (грошова чи натуральна допомога) | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Медичне обслуговування вдома | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Надання психологічних консультацій | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Забезпечення засобами пересування та реабілітації (коляски, візки, милиці, ходунки, тростини тощо) *(у разі якщо Ви самі купуєте, то у примітках вкажіть причину)* | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Соціально-педагогічні послуги (навчання, організація дозвілля) | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Отримання безкоштовних путівок на лікування у санаторно-медичні, реабілітаційні заклади України *(у разі отримання, вкажіть у примітках назви закладів)* | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Отримання безкоштовних путівок на оздоровлення дитини в дитячих таборах, базах відпочинку *(у разі отримання, вкажіть у примітках назви закладів)* | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Забезпечення засобами малої механізації (товари спеціального призначення для самообслуговування та догляду) *(у разі якщо Ви самі купуєте, то у примітках вкажіть причину)* | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Отримання безкоштовних медичних препаратів *(у примітках вкажіть які ліки отримуєте, якщо не отримуєте – вкажіть причину)* | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Послуги автоперевезення в межах міста | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Надання юридичної допомоги | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Інформаційні послуги | 1 | 2 | 3 | 4 |  |
| Інше (вкажіть)  | 1 | 2 | 3 | 4 |  |

**2. Звідки Ви переважно отримуєте інформацію про види допомоги, що мають бути надані державою Вам та Вашій дитині?** *(оберіть не більше 3-х варіантів відповідей)*

1. Преса (газети, журнали)

2. Радіо

3. Телебачення

4. Соціальні мережі, форуми, чати

5. Статті, повідомлення в Інтернеті

6. Офіційний веб-сайт Міністерства соцполітики України, МОЗ, МОН та ін.

7. Від друзів і знайомих

8. Інформують соціальні працівники, лікарі

9. Не отримую інформації

10. Отримую інформацію з усіх перелічених джерел

**3. У разі якщо Ви та Ваша дитина користується послугами зазначених установ за місцем проживання, оцініть якість їх надання** (*зробіть по одній позначці у кожному рядку*, *а також* *позначте у примітках назви установ або (ПІБ) відповідального спеціаліста, що перешкоджають отриманню послуг)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Добре | Задовільно | Незадовільно | Важко відповісти | Не користуємося послугами  | Примітки |
| Лікарні та поліклініки (лікарі, обстеження, ЛКК та ін.) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Служби соцзахисту, терцентри | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Заклади дозвілля (будинки культури, театри, бібліотеки) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Освітні заклади (школи, дитячі садки, позашкільні заклади, ІРЦ (ПМПК) та ін.) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Фізкультурно-оздоровчі центри, спортивні секції | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Гуртки, секції естетичного виховання та образотворчого мистецтва | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Реабілітаційні центри | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Громадський транспорт | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Інше (вкажіть)  | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |

**4. Чи знаєте Ви про існування миколаївських громадських організацій та їх діяльність, пов’язану з відстоюванням прав дітей з особливими потребами?**

1. Я є їх членом (зазначте назву) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Не їх членом, проте знаю про їх окремі заходи (вкажіть які саме) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Тільки знаю, що такі існують
2. Ні, не знаю

**5. Чи маєте Ви бажання долучитися до роботи таких громадських об’єднань?**

1. Так, хотілось би більше знати про їх діяльність

2. Так, хотілось би взяти участь в їхніх заходах

3. Так, хотілося би стати їхнім членом

4. Важко відповісти

5. Не маю бажання долучатися до їхньої роботи

**6. Чи відвідує Ваша дитина реабілітаційні заклади і як часто?** *(вкажіть назву закладу)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1. Щодня окрім вихідних

2. Кілька разів на тиждень

3. Кілька разів на місяць

4. Кілька разів на рік

5. Не відвідує взагалі (*перехід до запитання №8*)

**7. Оцініть за 5-ти бальною системою якість надання окремих видів послуг, що надаються реабілітаційним центром, який Ви відвідуєте** (*зробіть по одній позначці у кожному рядку*):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Добре | Задовільно | Незадовільно | Дуже незадовільно або повністю відсутні | Важко відповісти |
| Навчання основним соціально-побутовим навичкам (самостійно їсти, одягатися, спілкуватися з іншими дітьми та дорослими тощо) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Психологічна реабілітація (консультування, діагностика, корекція) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Фізична реабілітація (кінетотерапія, лікувальний масаж, фізкультура та ін.) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Медичні послуги (відновна терапія, профілактичні заходи, медичне обстеження) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**8. У разі, якщо Ваша дитина не відвідує реабілітаційних закладів, то позначте чому саме?**(оберіть варіанти відповіді)

1. Відсутність доступного транспорту, допоміжних засобів пересування

2. Низька якість надання реабілітаційних послуг

3. Відсутність реабілітаційних послуг за видом захворювання дитини

4. Відмова працівників реабілітаційної установи у наданні необхідних послуг

5. Важкий стан дитини

6. Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Який вид навчання, на Ваш погляд, є найбільш прийнятним для Вашої дитини?** (оберіть варіант відповіді)

1. Навчання в звичайному класі школи (колективна форма навчання) або групі ДНЗ

2. Інклюзивна форма навчання у звичайному класі школи (групі дитячого садка)

3. Навчання в окремому/спеціальному класі (групі) для особливих дітей в межах загальноосвітнього закладу за адаптованою програмою

4. Навчання у спеціалізованому закладі для особливих дітей

5. Інше (вкажіть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. В якій формі краще здійснювати навчання Вашої дитини** (оберіть варіант відповіді)**:**

1. Очно (всі послуги надають педагоги і психологи освітньої установи)

2. Очно-заочно (індивідуальне навчання на дому за рекомендацією лікаря у поєднанні з відвідуванням занять, заходів в освітньому закладі)

3. Очно-заочно (індивідуальне навчання на дому за дистанційною системою без відвідуванням занять, заходів в освітньому закладі)

4. Важко відповісти

**11. У разі якщо Ваша дитина відвідує заняття у загальноосвітньому закладі (школі, дитячому садку), чи має вона можливість** (*зробіть по одній позначці у кожному рядку*), якщо «ні» перехід до запитання №12:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Постійно | Час від часу | Ніколи | Важко відповісти |
| Отримувати допомогу від асистента вчителя (вихователя) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Забезпечення всім необхідним обладнанням для навчання | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Брати участь у святах, конкурсах, змаганнях | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Отримувати підтримку, допомогу однолітків та їх батьків | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Вільного пересування у межах закладу за наявності спеціальних засобів (пандусів, підйомники, поручні та ін.) | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Безкоштовно навчатися у гуртках, секціях за групами інтересів при навчальному закладі | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Відвідувати кімнату психологічного розвантаження | 3 | 2 | 1 | 0 |

**12. Що з перерахованого, на Вашу думку, найбільше перешкоджає Вашій дитині отримати якісну освіту** *(позначте не більше 6-и варіантів):*

1. Несвоєчасна діагностика виду порушень

2. Відсутність відповідної підготовки, досвіду роботи з особливими дітьми у вчителів, вихователів

3. Упереджене ставлення деяких вчителів, вихователів (вважають, що дитина не може вчитися з іншими дітьми)

4. Важко опановувати навчальні програми

5. Не створені (або створені лише частково) відповідні умови

6. Відсутність асистента вчителя (вихователя)

7. Відсутність або формальний характер індивідуального навчального плану, індивідуальної програми розвитку

8. Відсутність належного фінансування навчального закладу

9. Велика кількість учнів в класі, дітей у групах дитячого садка

10. Несприятливий психологічний мікроклімат в середовищі однолітків

11. Взаємовідносини з батьками, які незадоволені, що їхні діти навчаються разом з Вашою дитиною

12. Відсутність повноцінної інформації щодо прав Вашої дитини на рівний доступ до освіти

13. Інше (вкажіть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13. Яких спеціалістів залучають для роботи з Вашою дитиною у навчальному закладі, який вона відвідує?** *(позначте відповіді у кожному стовпчику)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Працівник школи, садка | Працівникіншої установи |  | Працівник школи, садка | Працівник іншої установи |
| 1. Психолог
 | 1 | 1 | 5. Реабілітолог | 5 | 5 |
| 1. Соціальний педагог
 | 2 | 2 | 6. Логопед | 6 | 6 |
| 1. Лікар/інструктор з ЛФК
 | 3 | 3 | 7. Сурдопедагог | 7 | 7 |
| 1. Корекційний педагог, дефектолог
 | 4 | 4 | 8. Психотерапевт | 8 | 8 |
| 9. Інші | 9 | 9 |

**14. Які Ви та Ваша дитина маєте плани щодо подальшого навчання після закінчення загальноосвітнього навчального закладу*? (заповнюється для дітей 14-17 р.)*** *(якщо вже визначилися, вкажіть в примітках навчальний заклад)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ВНЗ | ПТУ, коледж та ін. | Трудові майстерні  | Важко відповісти | Примітки |
| Дитина має здібності до навчання | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Дитина має здібності до навч., але фізичний стан заважає | 3 | 2 | 1 | 0 |  |

**15. Чи має Ваша дитина можливість відвідувати позашкільні спортивні секції та гуртки?** (*зробіть по одній позначці у кожному рядку*)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Постійно за власні кошти | Постійно безкоштовно | Час від часу | Ніколи | Не знають про можливість відвідування занять |
| Спортивні секції зі своїми однолітками (загальноміські секції) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Спеціалізовані спортивні секції для дітей з особливими потребами («Інваспорт», «Вікторія» - плавання, теніс, фехтування та ін.) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Школи естетичного виховання | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Інше (вкажіть) | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

**16. Чи має Ваша дитина можливість відвідувати культурні та святкові заходи, театри, кінотеатри, концерти, майстер-класи, екскурсії, тощо?** *(зробіть по одній позначці у кожному рядку, вказавши у примітках, які саме заходи відвідуєте)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Постійно за власні кошти | Постійно безкоштовно | Час від часу | Ніколи | Не знають про можливість відвідування заходів | Примітки |
| Відвідуємо самостійно | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Відвідуємо з (або в) центрами(ах) реабілітації | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Відвідуємо на запрошення ГО, БФ та ін. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |  |
| Не відвідуємо *(вказати чому)* |  |

**17. Які проблеми, пов’язані з Вашою дитиною, потребують негайного вирішення за підтримки міських органів виконавчої влади?** (вкажіть)

*За місцем Вашого проживання* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*У місті Миколаєві в цілому* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кілька слів про Вас та Вашу дитину:**

**Вік дитини** *(вкажіть)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фактичний фізичний стан дитини**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Самостійно ходить | 5.Має проблеми з зором |
| 2. Ходить за допомогою спеціальних засобів | 6.Має проблеми зі слухом |
| 3.Не має змоги самостійно пересуватися | 7.Інше (вказати)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4.Їсть самостійно |  |

**Діагноз:** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Визначена інвалідність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(*якщо є, то позначте скільки років було дитині, коли оформили вперше*)

**Родина:**

1. Повна (тато і мама)
2. Неповна (відсутність одного з батьків)
3. Неповна (батьки відсутні, виховують опікуни)

**Чи є інші діти у родині окрім особливої?**

1. Одна
2. Двоє
3. Троє і більше
4. Немає інших дітей

**Район проживання***:*

1. Заводський 2. Центральний 3. Корабельний 4. Інгульський

**Чи облаштоване Ваше житло**?

1. Пандусом 2. Підйомником 3. Ліфтом 4. Інше (вкажіть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Якщо потребуєте пандус, то який (зі сходів 1-го поверху або з під’їзду)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПІБ**:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Надаю свою згоду на обробку, зберігання та використання моїх персональних даних відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» для реалізації мети та завдань, передбачених цим соціальним опитуванням.

|  |  |
| --- | --- |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Дата/ |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Підпис/ |