

Штамп организации

**Выписка из истории развития ребёнка,**

для прохождения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии  
Московского района Санкт-Петербурга.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)  
 Адрес регистрации с указанием района города: \_\_\_\_\_  
 Адрес проживания с указанием района города: \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

**Заключения по результатам обследований специалистами:**

1. Выписка из истории развития ребенка (заполняется врачом педиатром, при необходимости - заключение врача-аллерголога, врача-фтизиатра): \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

2. Заключение хирурга-ортопеда о состоянии опорно-двигательного аппарата: \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

3. Заключение врача-офтальмолога: \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

4. Заключение невролога с обязательным указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояния речевого развития: \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

5. Заключение врача отоларинголога: \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

М.П.