

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
Фрунзенского района Санкт-Петербурга**

Медицинское заключение

для определения специальных условий получения образования

Фамилия имя отчество ребенка _____
Дата рождения _____
Адрес места жительства (пребывания) _____
Образовательная организация, _____
Наличие инвалидности, диагноз _____

Заключения специалистов:

1. Заключение педиатра:

От какой беременности, протекание беременности _____
Роды: _____ При рождении: вес _____, рост _____, Шкала Апгар _____
Диспансерное наблюдение (по ф. № 030/у): (специалист, диагноз) _____
Перенесенные инфекционные
заболевания: _____

Травмы, в т.ч. головы, сотрясение головного мозга, в возрасте _____
Перенесенные операции _____ в возрасте _____
Реакции на
прививки _____
Наследственность _____
Группа здоровья _____ Физическое развитие _____
Диагноз _____
Рекомендации _____

Дата _____ МП Подпись врача _____

2. Состояние ребенка при направлении его на психолого-медико-педагогическую комиссию (указываются жалобы, данные осмотра врачами специалистами, рекомендуемые медицинские мероприятия и специальные условия)

1.1. Заключение и рекомендации врача офтальмолога

1.2. Заключение и рекомендации врача отоларинголога

1.3. Заключение и рекомендации врача невролога

1.4. Заключение и рекомендации врача ортопеда(хирурга)

1.5. Заключение врачей других специальностей, наблюдающих ребенка в медицинской организации

Дата _____ МП Подпись врача _____

3. Результаты прохождения обследования

3.1. Логопед _____

дата подпись

3.2. Психолог _____

дата подпись

3.3. Дефектолог _____

дата подпись