# 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

1. **Состояние ребенка при направлении его на психолого-медико-педагогическую комиссию** (указываются жалобы, данные осмотра врачами специалистами, рекомендуемые медицинские мероприятия и специальные условия)
	1. **Заключение и рекомендации врача офтальмолога**
	2. **Заключение и рекомендации врача отоларинголога**
	3. **Заключение и рекомендации врача невролога**
	4. **Заключение и рекомендации врача ортопеда(хирурга)**
	5. **Заключение врачей других специальностей, наблюдающих ребенка в медицинской организации**

Дата МП Подпись врача

# Результаты прохождения обследования

* 1. **Логопед**

дата подпись

* 1. **Психолог**

дата подпись

* 1. **Дефектолог**

дата подпись