

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
ПУШКИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Выписка из истории развития ребёнка,
направляемого на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию
для определения образовательной программы дошкольного возраста

Ф.И.О. ребенка _____
Дата рождения _____
Адрес регистрации _____
Адрес проживания _____
ДОУ, которое посещает ребенок _____
Наличие инвалидности (если есть, указать, по какому заболеванию) _____
Ф.И.О. родителя (законного представителя) _____
Контактный телефон: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Педиатр (анамнез) _____

Дата _____ Подпись _____

2. Заключение невропатолога (с обязательным указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояния речевого развития) _____

Дата _____ Подпись _____

3.. Заключение психиатра _____

Дата _____ Подпись _____

4. Заключение ЛОР врача _____

Дата _____ Подпись _____

5. Заключение врача офтальмолога _____

Дата _____ Подпись _____

6. Заключение врача ортопеда **или** хирурга _____

Дата _____ Подпись _____

Согласовано: Заведующий

ОУ: _____ / _____ /

Печать учреждения