

Выписка из истории развития ребенка
для представления
на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию города Ачинска

Ф.И.О. ребёнка _____
Дата рождения _____

Невролог

Диагноз: _____

Рекомендации: _____

_____ (дата) _____ (подпись) М.П.

Отоларинголог

Диагноз: _____

Рекомендации: _____
(при нарушенном слухе – аудиограмма)

_____ (дата) _____ (подпись) М.П.

Офтальмолог

Диагноз: _____

Рекомендации: _____
(с указанием остроты зрения на оба глаза в очках и без очков)

_____ (дата) _____ (подпись) М.П.

Педиатр

Диагноз: _____

Заключения врачей, у которых ребёнок состоит на диспансерном учёте с указанием конкретных
лечебно-профилактических мероприятий: _____

Рекомендации: _____

_____ (дата) _____ (подпись) М.П.

Психиатр

Обследован _____

_____ (дата) _____ (подпись) М.П.