

## НАПРАВЛЕНИЕ

на территориальную психолого – медико – педагогическую комиссию № 9

Ф.И.О.ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Детский сад, школа, класс \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (ФИО, возраст, образование, кем работает):

Мать: \_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_

Заключение педиатра (с выпиской из истории болезни): \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Заключение окулиста (с указанием остроты зрения, при снижении остроты зрения указать профиль учреждения по состоянию зрения) \_\_\_\_\_

Заключение отоларинголога (с указанием остроты слуха, при снижении остроты слуха указать профиль школы по состоянию слуха) \_\_\_\_\_

Заключение невропатолога (при нарушении указать развернутый диагноз и условия обучения) \_\_\_\_\_

Заключение психиатра \_\_\_\_\_

Заключение логопеда \_\_\_\_\_