8. Для детей, посещающих ДОУ.

Характеристика воспитателя (учителя-логопеда, учителя-дефектолога)

Дата Подпись

Печать учреждения

Печать

поликлиники

Выписка из истории развития ребёнка,

направляемого на Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию СПб для определения образовательной программы и создания специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста

_____

(ф.и.о. ребенка, дата рождения)

_____

Адрес регистрации с указанием района города:

_____

_____

Адрес проживания с указанием района города:

_____

_____

Телефон: _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

_____

_____

Заключения по результатам обследований специалистами

1. Выписка из истории развития ребенка (эпикриз)

Дата Подпись врача

2. Заключение ортопеда или хирурга о состоянии опорно-двигательного аппарата

Дата Подпись врача

3. Заключение врача-офтальмолога

Дата Подпись врача

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

Дата Подпись врача

5. Заключение логопеда

Дата Подпись врача

6. Заключение врача психиатра

Дата Подпись врача

7. Заключение врача отоларинголога

Дата Подпись врача