

Место штампа медицинской организации.
Официальное наименование медицинской организации,
адрес местонахождения, контактный телефон

**Выписка из истории развития ребенка №
для прохождения психолого-медико-педагогической комиссии**

Фамилия, имя, отчество ребенка _____
Адрес регистрации по месту жительства _____
Ф.И.О. родителя (законного представителя) _____

Подробная выписка из истории развития ребенка (по следующей схеме):
наследственность (*наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов*)

беременность и роды

развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста

анамнез первых лет жизни ребенка

информация о перенесенных заболеваниях

оценка актуального соматического состояния ребенка
заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза
(подпись врача заверяется его личной печатью):
врач-офтальмолог

врач-психиатр

врач-отоларинголог

врач-невролог

сурдолог, ортопед, кардиолог (в случае, если ребенок стоит на «Д» учете)

Дата оформления выписки.

Подпись главного врача (уполномоченного лица) ЦРБ