
наименование организации – инициатора обращения, печать

**ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ,
НАБЛЮДАЮЩИХ РЕБЕНКА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

ФИО _____

Дата рождения _____

Образовательная организация _____

Врач-педиатр (врач-терапевт):

Соматический статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Врач-офтальмолог:

Объективный статус: _____

ОУ – _____

Глазное дно: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

По состоянию здоровья **нуждается/ не нуждается** в создании условий получения образования, учитывающих состояние и индивидуальные возможности здоровья слабовидящего/слепого обучающегося

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Врач-оториноларинголог (врач-сурдолог):

Объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

По состоянию здоровья **нуждается/ не нуждается** в создании условий получения образования, учитывающих состояние и индивидуальные возможности здоровья слабослышащего/глухого обучающегося

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Врач-невролог:

Объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Врач-психиатр:

Психический статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

По состоянию здоровья **нуждается/ не нуждается** в создании условий получения образования, учитывающих состояние и индивидуальные возможности здоровья обучающегося с ЗПР, с УО (с указанием степени снижения когнитивных функций)

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Иные специалисты (логопед, хирург-ортопед, кардиолог и другие):
