

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

ФИО _____

Дата рождения _____

Образовательная организация _____

Врач-педиатр (врач-терапевт): дата приема _____

Соматический статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Ф.И.О. врача _____ подпись/печать

Врач-офтальмолог: дата приема _____

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 обучающегося

Ф.И.О. врача _____ подпись/печать

Врач-оториноларинголог (врач-сурдолог): дата приема _____

Объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

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

Ф.И.О. врача _____ подпись/печать

Врач-невролог: дата приема _____

Объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Врач-психиатр: дата приема _____

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

Логопед: дата приема _____

Объективный статус: _____

Диагноз основной (расшифровка): _____

Рекомендации: _____

Ф.И.О. врача

подпись/печать

Иные специалисты (по необходимости: хирург-ортопед, кардиолог и другие (указать)):

дата приема _____
