

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА**

для определения специальных условий получения образования

Фамилия имя отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (пребывания) \_\_\_\_\_

Образовательная организация \_\_\_\_\_

Наличие инвалидности, диагноз \_\_\_\_\_

**Заключения специалистов:**

**1. Заключение педиатра:**

От какой беременности, протекание беременности \_\_\_\_\_

Роды: \_\_\_\_\_ При рождении: вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_. Шкала Апгар \_\_\_\_\_

Диспансерное наблюдение (по ф.№ 030/у): (специалист, диагноз) \_\_\_\_\_

Перенесенные инфекционные заболевания: \_\_\_\_\_

Травмы, в т.ч. головы, сотрясение головного мозга, в возрасте \_\_\_\_\_

Перенесенные операции \_\_\_\_\_ в возрасте.

Реакции на прививки \_\_\_\_\_

Наследственность \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_

Физическое развитие \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**2. Состояние ребенка при направлении его на психолого-медико-педагогическую комиссию**  
(указываются жалобы, данные осмотра врачами специалистами, рекомендуемые медицинские мероприятия и специальные условия)

**2.1. Заключение и рекомендации врача офтальмолога**

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**2.2. Заключение и рекомендации врача отоларинголога**

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**2.3. Заключение и рекомендации врача невролога**

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**2.4. Заключение и рекомендации врача ортопеда (хирурга)**

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**2.5. Заключение врачей других специальностей, наблюдающих ребенка в медицинской организации**

Дата \_\_\_\_\_ МП \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**3. Результаты прохождения обследования**

**3.1. Логопед** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**3.2. Психолог** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**3.3. Дефектолог** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_