

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия  
Фрунзенского района Санкт-Петербурга**

Медицинское заключение

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)**

**1.1. Заключение и рекомендации врача офтальмолога**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.2. Заключение и рекомендации врача отоларинголога**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.3. Заключение и рекомендации врача невролога**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1.5. 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