

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
ПУШКИНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Выписка из истории развития ребёнка,
направляемого на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию
для определения образовательной программы дошкольного возраста

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес регистрации _____

Адрес проживания _____

ДОУ, которое посещает ребенок _____

Наличие инвалидности (если есть, указать, по какому заболеванию) _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя) _____

Контактный телефон: _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ

1. Педиатр (анамнез) _____

Дата _____ Подпись _____

2. Заключение невропатолога (с обязательным указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояния речевого развития) _____

Дата _____ Подпись _____

3. Заключение психиатра (с характеристикой от воспитателя, с мед. картой из пол-ки, мед.полисом) _____

Дата _____ Подпись _____

4. Заключение ЛОР врача _____

Дата _____ Подпись _____

