**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

(для комплексного психолого-медико-педагогического обследования)

*(действительна в течение 6 месяцев с даты заполнения)*

ФИО ребенка Дата рождения « » 20 г. полных лет Адрес регистрации/фактического проживания ребенка

В каком учреждении воспитывается или обучается

ФИО родителей (законных представителей)

**Основные медицинские заключения**

1. **Педиатр/семейный врач**

**Анамнез жизни:** Наследственная отягощенность

(указать наследственные заболевания в семье)

Заболевания матери во время беременности:

Роды от беременности, в сроке недель, *срочные, преждевременные, стремительные, кесарево сечение, стимуляция в родах*, Оценка по шкале Апгар баллов, вес при рождении , рост **Диагноз при рождении:**

**Перинатальные заболевания и состояния ребенка:**

**Темпы психомоторного развития:**

Держит голову с , сидит , ползает , ходит Речевое развитие: гуление с , лепет , первые слова , фразовая речь **Перенесенные заболевания**:

Требуется/ не требуется *(нужное подчеркнуть)* необходимость лечения, препятствующего посещению образовательного учреждения.

Состоит на учете у врачей:

**Наличие инвалидности:** да/нет, по основному диагнозу срок действия **Врач**  **Подпись**  **Печать** **Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Психиатр**

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Офтальмолог**

visus OD OS , с коррекцией visus OD OS

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Отоларинголог**

шепотная речь AD m, AS m

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Невролог**

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Хирург/Ортопед** (при необходимости)

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Медико-генетическая консультация** (при необходимости)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)

1. **Другие специалисты**

**Врач Подпись Печать Дата**

(Фамилия, имя, отчество)