Место штампа медицинской организации.

Официальное наименование медицинской организации,

адрес местонахождения, контактный телефон

**Выписка из истории развития ребенка №**

**для прохождения психолого-медико-педагогической комиссии**

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

Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подробная выписка из истории развития ребенка (по следующей схеме):

наследственность (*наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов*)

беременность и роды

развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста

анамнез первых лет жизни ребенка

информация о перенесенных заболеваниях

оценка актуального соматического состояния ребенка

заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (подпись врача заверяется его личной печатью):

врач-офтальмолог

врач-психиатр

врач-отоларинголог

врач-невролог

сурдолог, ортопед, кардиолог (в случае, если ребенок стоит на «Д» учете)

Дата оформления выписки.  
Подпись главного врача (уполномоченного лица) ЦРБ