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 (*развернутый диагноз с указанием остроты зрения*)

врач-психиатр *(диагноз и психический статус)*

врач-отоларинголог *(развернутый диагноз с указанием остроты слуха);*

врач-невролог *(развернутый диагноз)*

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

**Дата оформления выписки**.

Подпись главного врача (уполномоченного лица) ЦРБ