

**Заключения по результатам обследования специалистами**

1. Педиатр. Выписка из истории развития ребенка (эпикриз)

От какой беременности, протекание беременности \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_

При рождении: вес \_\_\_\_\_, рост \_\_\_\_\_ оценка по Апгар \_\_\_\_\_ б.

На диспансерном учете по Ф-3- (специалист, диагноз)

До 1 года \_\_\_\_\_

После года \_\_\_\_\_

Перенесенные инфекционные заболевания \_\_\_\_\_

Прочие заболевания:

До 1 года \_\_\_\_\_

После года \_\_\_\_\_

Травмы, операции \_\_\_\_\_

Аллергоанамнез \_\_\_\_\_

Реакции на прививки \_\_\_\_\_

Наследственность \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Физ. развитие \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

3. Заключение психиатра (Подъездной пер., 21, т. 312-73-23)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

4. Заключение врача ортопеда или хирурга о состоянии опорно-двигательного аппарата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

5. Заключение врача-отоларинголога \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

6. Аудиометрия (если необходимо по показаниям ЛОРа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Заключение врача хирурга \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

8. Заключение врача офтальмолога \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

9. Заключение учителя-логопеда (**заполняется на комиссии**):

понимание обращенной речи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

звукопроизношение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

слоговая структура речи и звук наполняемость \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

фонематические функции \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

словарный запас \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

грамматический строй \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

уровень развития связной речи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Заключение учителя-дефектолога (**заполняется на комиссии**):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены ТПМПК:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Выписка из истории развития ребенка**

(карта комплексного обследования),

направляемого на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Фрунзенского района Санкт-Петербурга для определения образовательной программы и создания специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста

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

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации с указанием района города \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес проживания с указанием района города \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

№ телефона \_\_\_\_\_

ДОУ, которое посещает ребенок \_\_\_\_\_

ФИО законного представителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Предварительное логопедическое заключение (заполняется лишь при посещении предварительной консультации учителя-логопеда)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_