

КГБУЗ «Таймырская межрайонная больница»

Медицинское заключение № _____
о состоянии здоровья и медицинских рекомендациях
по организации образовательного процесса

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Наименование образовательного учреждения, где обучается (воспитывается)
ребенок _____

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

Заключения врачей

Педиатр (дата консультации) _____

Невролог (дата консультации) _____

офтальмолог (дата консультации) _____

Отоларинголог (дата консультации) _____

травматолог – ортопед (дата консультации) _____

детский психиатр (дата консультации) _____

другие специалисты по показаниям (дата консультации) _____

Заключение: основное заболевание, сопутствующие заболевания

Медицинские рекомендации по организации образовательного процесса:

Подписи членов комиссии: председатель _____

Члены комиссии (заверяются личной печатью каждого специалиста)

Дата «__» _____ 20__ г.

Место печати медицинской организации