

ПРИЛОЖЕНИЕ 5  
к Порядку работы  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии  
Дивеевского муниципального округа Нижегородской области

**Карта ребенка (выписка из истории развития ребенка)**

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

Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

ОО \_\_\_\_\_

**Анамнестические данные о ребенке**

Беременность (по счету) \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Заключения специалистов (по месту жительства :**

1. Офтальмолог Заключение + глазное дно:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Оториноларинголог

Заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Педиатр).

Заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Невролог (по месту жительства).

Заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Хирург(ортопед)

Заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Записи отоларинголога и офтальмолога действительны в течение 6 месяцев)

Подпись врача-педиатра \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

Дата \_\_\_\_\_