Витяг з картки розвитку дитини

Комунальна установа «Зміївський інклюзивно-ресурсний центр»
Зміївської міської ради Чугуївського району
Харківської області

63404, м. Зміїв
вул. Широнінців, 25
тел. (05747) 3-10-31

Загальні відомості про дитину

1. Прізвище, ім'я, по батькові_____

2. Дата народження _____ 3. Вік_____

(число, місяць, рік)

4. Місце проживання (перебування):

місто (село)_____, вулиця_____

будинок _____, квартира____ , контактний телефон батьків_____

5. Вказати, якщо дитина з інвалідністю («так» чи «ні»)

6. Відмітка про відвідування дошкільного/загальноосвітнього, професійно- технічного навчального закладу

Найменування закладу	Вікова група/клас

7. Мета комплексної оцінки _____

Основні медичні висновки

з «Історії розвитку дитини» (форма первинної облікової документації 112/0 ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28 липня 2014 року №527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкції щодо їх заповнення що використовуються у закладах охорони здоров'я»

*****1. Педіатра (розгорнуті анамнестичні дані з «Історії розвитку дитини»)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

М.П. (дата) (П.І.Б. фахівця)

2. Психіатра (дитячого)

_____
_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

3. Невролога (дитячого)

_____
_____
_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

*****4. Офтальмолога (дитячого)

_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

*****5. Отоларинголога (дитячого)

_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

6. Хірурга (дитячого) _____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

7. Іншого фахівця (у разі потреби)
*****_Ортопеда_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

8. Медико – генетичної консультації (у разі потреби)

_____
_____
_____

М.П. (дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)

Педагогічна характеристика

(динаміка розвитку та якості засвоєння знань, умінь, навичок, особливості поведінки)

_____ _____ _____ **М.П.**

(дата) (підпис фахівців) (П.І.Б. фахівця)