

государственное бюджетное учреждение центр психолого-педагогической, медицинской и социальной
помощи Фрунзенского района Санкт-Петербурга
Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Фрунзенского района Санкт-Петербурга

ЛИЧНОЕ ДЕЛО (КАРТА) ОБСЛЕДУЕМОГО

Ф.И.О. ребёнка _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

Наличие инвалидности (подчеркнуть): ДА, НЕТ _____

Образовательная организация № _____ указать заболевание или орган МСЭ группа/класс _____

Программа обучения _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Контактные телефоны: _____

Родители/законные представители: _____

Мать- _____

Место работы _____

Отец- _____

Место работы _____

Другие дети: _____

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ЛИСТ **ОБСЛЕДОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ:**

Педагог-психолог:

Уровень интеллектуального развития: ВП _____ НП _____ ОП _____

Соответствует _____

Рекомендации: _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____

Учитель-логопед:

Устная речь _____

Письменная речь _____

Рекомендации _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____

Учитель-дефектолог:

Заключение: _____

Рекомендации: _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____