

Штамп медицинской организации,  
выдавшей медицинское заключение

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ № \_\_\_\_\_

о состоянии здоровья и рекомендации  
по созданию специальных условий  
для прохождения ГИА

Ф.И.О. ребенка/гражданина \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Наименование образовательной организации, где обучается (воспитывается) ребенок/гражданин

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

Заключение: основной диагноз (шифр МКБ, полный диагноз (указывается с письменного согласия гражданина или родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации врача о необходимости создания специальных условий для прохождения ГИА  
(в индивидуальных случаях, указываются конкретные условия) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подписи членов врачебной комиссии: председатель \_\_\_\_\_

Члены комиссии (заверяются личной печатью каждого специалиста) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Место печати медицинской организации