

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