Приложение 1 к письму
министерства образования и науки
Калужской области

от «___» _____2017 г. №_____

В Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (ЦПМПК) (или в ТПМПК)

Фамилия_____

Имя_____

Отчество_____

выпускника _____
(наименование ОУ)
_____

Дата рождения_____

Домашний адрес_____
_____
_____

Документ, удостоверяющий личность,
_____

серия_____№_____

выдан_____
_____
_____

Заявление

Прошу рассмотреть вопрос об отнесении меня к категории лиц с ограниченными возможностями здоровья и необходимости создания для меня особых условий прохождения государственной итоговой аттестации.

«___»_____ 201 г.

_____
(Подпись выпускника)

Приложение 2 к письму
министерства образования и науки
Калужской области

от «___» _____2017 г. №_____

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ

(заполняется лечебно-профилактическим учреждением)

Ребёнок_____
(Ф.И.О)
Дата рождения «___»_____ _____ г.

Адрес постоянного места жительства_____

Причины направления ребёнка на ПМПК_____

Анамнез
Наследственная отягощённость _____

(указать наличие наследственных заболеваний в семье. Вредные привычки родителей)

От какой по счету беременности ребенок_____

Заболевания матери во время беременности_____

Роды: срочные, преждевременные, стремительные, Кесарево сечение, стимуляция в родах (нужное подчеркнуть)
Оценка по шкале Апгар при рождении_____ баллов
Перинатальные заболевания (в том числе в периоде новорождённости)_____

Особенности раннего развития_____

Дата постановки на диспансерный учет, по какому заболеванию_____
_____
_____
_____

Состояние зрения
Состояние слуха
Неврологический статус_____
Данные обследования (если проводились):
ЭЭГ_____
РЭГ_____
Эхо ЭГ_____
Получает ли психотропные препараты и какие_____

Диагноз:
основной:_____

сопутствующий:
_____

Подпись врача, заполняющего форму: _____ **Дата:** _____

М.П.

Приложение 3 к письму
министерства образования и науки
Калужской области

от «___» _____2017 г. №_____

ШТАМП ЛПУ

СПРАВКА № _____

о создании необходимых условий для проведения государственной итоговой аттестации выпускников … классов с ограниченными возможностями здоровья в 2018 году

Фамилия, имя, отчество _____

Число, месяц, год рождения_____

Домашний адрес_____

Наименование образовательного учреждения _____

_____

Класс_____

Диагноз (код по МКБ Х)_____

Рекомендации ВК_____

_____

Печать ВК

Председатель ВК _____ / _____ /

Члены ВК _____ / _____ /

_____ / _____/