

Медицинское заключение № \_\_\_\_\_

**о состоянии здоровья обследуемого, нуждающегося в создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего, среднего общего образования**

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 по МКБ 10 или полный диагноз) \_\_\_\_\_

Рекомендации по организации образовательного процесса\* \_\_\_\_\_

(по состоянию здоровья нуждается в создании специальных условий для прохождения государственной итоговой аттестации (на дому или со спец.рассадкой, др./ указать нужное/ иные рекомендации)

Подписи членов комиссии:

Председатель \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

Члены комиссии \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ год

МП медицинской организации