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, сопутствующие диагнозы (шифр по МКБ 10 или полный диагноз)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подписи членов комиссии:

Председатель _____ _____
подпись *ФИО*

Члены комиссии _____ _____
подпись *ФИО*

_____ _____
подпись *ФИО*

Дата «_____» _____20 ___год

МП медицинской организации