

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