

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	_____	_____
	<i>подпись</i>	<i>ФИО</i>
Члены комиссии	_____	_____
	<i>подпись</i>	<i>ФИО</i>
	_____	_____
	<i>подпись</i>	<i>ФИО</i>

Дата «_____» _____ 20__ год

МП медицинской организации