

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	_____	_____
	<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