

Штамп учреждения

**Направление
на территориальную
психолого-медико-педагогическую комиссию**

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Год рождения _____

Адрес, телефон _____

Детское учреждение _____

Наименование лечебного учреждения _____

Выписка из истории развития ребенка

Отоларинголог _____

Окулист _____

Психиатр _____

Логопед _____

Цель направления _____

Лечащий врач _____

Главный врач _____

М.П. учреждения