

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

город \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
представляется в ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов»  
22049, г. Минск, ул. Севастопольская, 56

ФИО ребенка \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_

Дата обследования психолого-медико-психологической комиссии \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

Квалификация физического и (или) психического нарушения (по МКБ 10) \_\_\_\_\_

Результаты обследования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации для дефектолога с указанием программы обучения и с перспективным планом работы на месяц реабилитации в РРЦДИ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Директор ЦКРОиР \_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_

МП \_\_\_\_\_

-----