

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 _____
