ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

город _____ тел._____

представляется в ГУ «Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов»

220049, 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