

НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**психолого-медико-педагогического консилиума
муниципального автономного образовательного учреждения
..... города Тюмени**

Адрес:

тел.

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____ Адрес _____

Дата обследования числа _____

Рекомендовано:

Тип образовательной организации, образовательная программа _____

Форма получения образования: занятия с учителем – логопедом в опорном (базовом) логопедическом пункте при МАДОУ д/с № 166 города Тюмени _____

Условия получения образования _____

Психолого-педагогические коррекционные мероприятия _____

Срок контроля динамики развития _____

Направление для лечения или консультирования к специалистам:

Дополнительные сведения по результатам обследования ребенка могут быть выданы по официальному запросу.

М.П.

Председатель консилиума _____