ЗАКЛЮЧЕНИЕ

центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

_____

(наименование центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации)

Ф. И. О. _____

Дата рождения _____

Домашний адрес _____

тел. _____

Дата обследования психолого-медико-педагогической комиссией

_____ протокол № _____

Описание структуры и степени тяжести физического и (или) психического нарушения

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Рекомендации: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Согласие (несогласие) законного представителя с рекомендациями: _____

_____

Директор ЦКРОиР

КПУП "Колор" г. Мозырь, а4, зак. 144, 07-2018 г., т. 34928