

Печать
поликлиники

Выписка из истории развития ребёнка,

направляемого на Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Невского района Санкт-Петербурга для определения образовательной программы и создания специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Адрес регистрации с указанием района города:

Адрес проживания с указанием района города:

Телефон: _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя)
