

государственное бюджетное учреждение центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи Фрунзенского района Санкт-Петербурга (ГБУ ЦППМСП)

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Фрунзенского
района Санкт-Петербурга**

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА НА ТПМК**

Ф.И.О. ребёнка _____

Дата рождения ____ . ____ . ____ г.

Наличие инвалидности (подчеркнуть): **ДА**, **НЕТ** _____

указать заболевание или орган МСЭ

Образовательная организация № _____ группа/класс _____

Программа обучения _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Контактные телефоны: _____

Родители/законные представители:

Мать- _____

Место работы _____

Отец- _____

Место работы _____

Другие дети: _____

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ ЛИСТ
ОБСЛЕДОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ:**

Педагог-психолог:

Уровень интеллектуального развития: ВП _____ НП _____ ОП _____

Соответствует _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____

Учитель-логопед:

Устная речь _____

Письменная речь _____

Рекомендации _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____

Учитель-дефектолог:

Заключение: _____

Рекомендации: _____

Дата ____ . ____ .20__ г.

Подпись _____