|  |  |
| --- | --- |
|  | В отдел Опеки и попечительства  Управления образованием Администрации муниципального района «Забайкальский район» |

#### Н А П Р А В Л Е Н И Е

Отдел опеки и попечительства Управления образованием Администрации муниципального района «Забайкальский район» просит провести медицинское освидетельствование несовершеннолетнего

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Медицинское заключение специалистов:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Специалист | Дата осмотра | Заключение |
| Педиатр |  |  |
| Инфекционист |  |  |
| Дерматолог |  |  |
| Фтизиатр |  |  |
| Невропатолог |  |  |
| Гинеколог |  |  |
| Психиатр |  |  |
| Хирург |  |  |
| Лор |  |  |
| Окулист |  |  |
| Стоматолог |  |  |

**Заключение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \ имеются ли противопоказания для принятия ребенка в семью \

**Подпись главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

М.П.