ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ГУО «ЦЕНТР КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ г. МОЛОДЕЧНО»

Фамилия, собственное имя, отчество _____
_____
дата рождения _____
Домашний адрес _____
тел. _____
Дата обследования психолого-медико-педагогической комиссией _____
протокол № _____

Квалификация физического и (или) психического нарушения
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Рекомендации
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Директор ЦКРОиР г. МОЛОДЕЧНО А.М. Шепеленко

С заключением и рекомендациями центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации _____ (согласен(на)/не согласен(на)).

_____ _____ _____
(подпись) *(ФИО)* *(дата)*