***Приложение 3***

**СПРАВКА  
о необходимости надомного обучения**[[4]](file:///C:\\Users\\%D0%9E%D0%BB%D1%8C%D0%B3%D0%B0%20%D0%AE%D1%80%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B0\\Desktop\\%D0%96%D1%83%D1%80%D0%BD%D0%B0%D0%BB.htm" \l "_ftn4" \o ")

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.                                      № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место составления справки)

Настоящая справка выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(Ф.И.О., число, месяц и год рождения ребенка)

проживающему по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(адрес)

сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в том, что он(а) нуждается в надомном обучении в связи

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

(диагноз, патологическое состояние, на основании которого ребенок подлежит обучению на дому, согласно перечню болезней школьного возраста, утвержденному письмом   
Минпроса РСФСР от 08.07.1980 № 281-М, Минздравом РСФСР от 28.07.1980 № 17-13-186, с указанием шифра заболевания)

Основание – заключение клинико-экспертной комиссии № \_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Главный врач:

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                                                (Ф.И.О.)

Заместитель главного врача:

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                                                (Ф.И.О.)

Заведующий отделением:

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                                                (Ф.И.О.)

\* Справка печатается на бланке медицинского учреждения и заверяется его печатью.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                                                (Ф.И.О.)

Заведующий отделением:

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)