

Образец

**Направление
в группу с нарушением зрения для детей с 3-х лет**

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Для оформления в спец. группу ДОУ № _____

ЛОР _____

Логопед _____

Психиатр _____

Невролог _____

Офтальмолог _____

Офтальмолог
поликлиники _____

(подпись)

(расшифровка)