

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 ДООУ № \_\_\_\_\_

ЛОП \_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Офтальмолог \_\_\_\_\_

Офтальмолог  
поликлиники \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка)