

\_\_\_\_\_

штамп учреждения

**СВЕДЕНИЯ**  
**образовательной деятельности учащегося (студента),**  
**направляемого на медико – социальную экспертизу**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_
3. Название и адрес учебного заведения \_\_\_\_\_
4. Тип образовательного учреждения (*общеобразовательное, учреждение среднего, высшего профессионального образования, специальное (коррекционное) учреждение для детей – сирот и т.д.*) \_\_\_\_\_
5. Осваиваемая образовательная программа (*общеобразовательная, коррекционная, профессиональная*) \_\_\_\_\_
6. Класс/курс \_\_\_\_\_
7. \*Для обучающихся в учреждениях профессионального образования:
  - 7.1. Название факультета (*отделения*) \_\_\_\_\_
  - 7.2. Название приобретаемой специальности \_\_\_\_\_
8. Условия обучения (*в образовательном учреждении, на дому*) \_\_\_\_\_
9. Форма обучения (*в образовательном учреждении – очная, очно – заочная (вечерняя), заочная, дистанционная*) \_\_\_\_\_
10. Использование специальных методов обучения (*нет, да (если да, уточнить какие)*) \_\_\_\_\_
11. Использование специального режима обучения (*нет, да – с дополнительными перерывами, свободным графиком сдачи экзаменов, по индивидуальному учебному плану и др.*) \_\_\_\_\_

**12.** Использование вспомогательных технических средств и технологий (*нет, да (если да, уточнить)*) \_\_\_\_\_

**13.** Эффективность обучения (*соблюдение нормативных сроков освоения основных образовательных программ: быстрота и качество усвоения учебного материала; способность к концентрации внимания и логическому мышлению; успеваемости (оценки по предметам); причины неуспеваемости; отношение к обучению и др.*) \_\_\_\_\_

**14.** Взаимоотношения с педагогами и коллективом в группе/классе (*особенности поведения, круг общения, наличие друзей, выполнение ролевых функций в коллективе и др.*) \_\_\_\_\_

**15.** Круг интересов (*вовлеченность в культурно – досуговую, спортивную, общественную деятельность и др.*) \_\_\_\_\_

**16.** Посещаемость занятий (*число пропущенных уроков и преждевременные уходы с занятий в связи с состоянием здоровья, частота обращений в медицинский кабинет за помощью и др.*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Ответственный исполнитель  
(ФИО, должность)

М.П.