ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ

Администрации МО «Город Кедровый»

**Томская область**

**г. Кедровый**

**ПРИКАЗ**

**от 18.01.2019г. № 12**

Об организации работы Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Кедрового в 2019 году

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным законом от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», методическими рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации от 23.05.2016 года № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий», Распоряжением Департамента общего образования Томской области от 28.12.2018 № 1142-р «Об организации работы Центральной психолого-медико-педагогической комиссии в 2019 году».

**ПРИКАЗЫВАЮ**

1. Утвердить:

1.1. Порядок работы Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г.Кедрового (далее – ТПМПК) согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

1.2. Состав ТПМПК г.Кедрового на 2019 год согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

1.3. График работы ТПМПК г.Кедрового в 2019 году согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

2. Т.В.Хворостовой - методисту отдела образования:

2.1. организовать работу ТПМПК в 2019 году по проведению комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей, подготовку по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендации;

2.2. разместить информацию об организации работы ТПМПК в 2019 году на официальном сайте отдела образования.

4. Контроль за исполнение настоящего распоряжения оставляю за собой.

Руководитель отдела образования М.А.Ильина

Приложение № 1 к приказу

отдела образования

администрации города Кедрового

№ 12 от 18.01.2019г.

**Порядок работы**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Кедрового**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий порядок регламентирует деятельность Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее - ТПМПК), созданной и функционирующей на территории муниципального образования «Город Кедровый», включая порядок проведения комиссией комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей.

1.2. ТПМПК информирует родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы комиссии.

1.3. ТПМПК в своей деятельности руководствуется нормативными актами Российской Федерации и Томской области, настоящим Порядком.

1.5. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

1.5.1. Своевременное выявление детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведение их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций;

1.5.2. Подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и содействие в организации их обучения и воспитания, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

1.5.3. Оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций социального обслуживания, здравоохранения, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью и (или) отклонениями в поведении;

1.5.4. Участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

1.5.5. Проведение обследования детей по направлению психолого-медико-педагогического консилиума общеобразовательной организации.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

2.1. ТПМПК функционирует на базе отдела образования администрации города Кедрового.

2.2. Заседания ТПМПК проводятся один раз в течение года по утвержденному графику на основании заявлений родителей (законных представителей).

2.3. Персональный состав и график работы ТПМПК ежегодно утверждается приказом отдела образования администрации города Кедрового.

2.4. Руководитель ТПМПК согласовывает время и место проведения заседания с членами ТПМПК, оповещает руководителей образовательных организаций и родителей (законных представителей) о сроках его проведения.

2.5. Перечень документов, необходимых для работы ТПМПК при проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка:

2.5.1. заявление родителей (законных представителей), включающее согласие на предварительное обследование ребенка в психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательной организации или у независимых экспертов, предполагающее использование методик психолого-медико-педагогического обследования, а также получение ТПМПК требующейся информации из других источников, по форме приложения № 1 к настоящему порядку;

2.5.2. копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии). Родителем (законным представителем) предоставляется документ, удостоверяющий его личность, а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка;

2.5.3. подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии) по форме приложения № 2 к настоящему порядку;

2.5.4. характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией, по форме приложения № 3 к настоящему порядку;

2.5.5. письменные работы обучающегося по русскому (родному) языку, математике за текущий учебный год;

2.5.6. результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (рисунки, поделки и т.п.);

2.5.7. результаты предыдущих обследований ребенка (заключения психолого-медико-педагогической комиссии);

2.5.8. согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя) по форме приложения № 4 к настоящему порядку;

2.5.9. согласие на обработку персональных данных ребенка по форме приложения № 5 к настоящему порядку;

2.5.10. Обязательство о неразглашении персональных данных лиц, обращаю­щихся в ТПМПК по форме приложения № 6 к настоящему порядку;

2.6. Перечень документации при организации работы ТПМПК:

2.6.1. журнал записи детей на обследование в ТПМПК по форме приложения № 7 к настоящему порядку (срок хранения не менее 5 лет после окончания ведения документа);

2.6.2. журнал учета детей, прошедших обследование в ТПМПК по форме приложения № 8 к настоящему порядку (срок хранения не менее 5 лет после окончания ведения документа);

2.6.3. карта ребенка, прошедшего обследование в ТПМПК по форме приложения № 9 к настоящему порядку (срок хранения не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет);

2.6.4. протокол обследования ребенка по форме приложения № 10 к настоящему порядку (срок хранения не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет);

2.6.5. заключение комиссии по форме приложения № 11 к настоящему порядку (срок хранения не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет).

2.7. ТПМПК использует печать и бланки отдела образования администрации города Кедрового.

1. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ

3.1. Основанием для проведения обследования детей является личное обращение заявителя в ТПМПК с письменным заявлением, установленной формы к настоящему Порядку.

3.2. В ТПМПК родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=0208C2408A68FD9C6BF90751F449D30779D6B23CC713435D00FBFFDB64B40B1EC04645BD4D9052m8F5E) предоставляют ряд дополнительных документов:

3.2.1. медицинская карта ребенка;

3.2.2. копия полиса обязательного медицинского страхования (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

3.2.3. копия документа, подтверждающего инвалидность ребенка (при наличии) (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

3.2.4. доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия лица, представляющего интересы ребенка, в случае, если заявитель не является родителем ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии) по форме приложения № 12 к настоящему порядку;

3.2.5. заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации по форме приложения № 13 к настоящему порядку.

3.3. Обследование ребенка в ТПМПК осуществляется каждым специалистом поэтапно или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

3.4. Обследование детей проводится в присутствии родителей (законных представителей).

3.5. В ходе обследования ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах ТПМПК, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и другая информация, послужившая основанием для вынесения заключения ТПМПК.

3.6. В сложных случаях ТПМПК может провести дополнительное обследование ребенка в другой день.

3.7. Протокол и заключение ТПМПК оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами, проводившими обследование, и руководителем ТПМПК (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью комиссии.

3.8. Заключение ТПМПК является документом, подтверждающим право детей на обеспечение оптимальных условий для получения ими образования, включает в себя рекомендации по организации содержания образования и условиям организации образовательного процесса.

3.9. Заключение ТПМПК носит рекомендательный характер для родителей (законных представителей) и является основанием для создания органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

3.10. Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись.

3.11. Представитель ТПМПК знакомит родителей (законных представителей) с коллегиальным заключением и рекомендациями в доступной для их понимания форме.

3.11. При согласии родителей (законных представителей) с заключениями специалистов и рекомендациями ТПМПК оформляется и выдается заключение ТПМПК или справка о проведении консультации по форме приложения № 14 к настоящему порядку.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЧЛЕНОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

4.1. Члены ТПМПК имеют право:

4.1.1. Проводить консультативно-диагностическую работу во время организации работы ТПМПК.

4.1.2. Составлять заключение о характере отклонений в развитии ребенка и принимать коллегиальное решение о форме организации обучения и воспитания с учетом его психических, физических и индивидуальных возможностей, и особенностей на основании данных индивидуального обследования.

4.1.3. Выдавать родителям (законным представителям) заключение с соответствующими рекомендациями по организации содержания образования и условиям организации образовательного процесса.

4.1.4. Отказать заявителю в проведении обследования ребенка при отсутствии документов, перечисленных в пунктах 2.5. и 3.2. настоящего порядка, а также при предоставлении неполного пакета вышеуказанных документов, и выдать сообщение об отказе по форме приложения № 15 к настоящему порядку.

4.1.5. Определять содержание и формы работы ТПМПК в соответствии с целью деятельности и настоящим порядком.

4.2. Члены ТПМПК обязаны:

4.2.1. Руководствоваться в своей деятельности профессиональными, этическими и нравственными принципами.

4.2.2. Осуществлять квалифицированное психолого-медико-педагогическое обследование и консультирование.

4.2.3. Обеспечивать уважение и защиту человеческого достоинства, обратившихся в ТПМПК.

4.2.4. Соблюдать врачебную тайну, не разглашать персональные сведения о детях, конфиденциальную информацию.

4.2.4. Качественно и своевременно выполнять свои функции.

4.3. Руководитель ТПМПК несет персональную ответственность за качество работы специалистов комиссии.

Приложение № 1

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

отдела образования администрации города Кедрового

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

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

(документ, удостоверяющий личность)

серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес фактическог проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** года рождения, проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего психолого-педагогического и медико-социального профиля, в том числе у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения).

Ознакомлен (а) с тем, что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу предоставить мне заключение психолого-медико-педагогической комиссии с особыми мнениями специалистов (при их наличии).

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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

*(подпись заявителя) (Ф.И.О.)*

Приложение № 2

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Подробная выписка **из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка** (при наличии)

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

(полное наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

Выписка № \_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Адрес места жительства или фактического пребывания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Инвалидом не является, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть)
2. Наименование образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов)

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

1. Беременность и роды (патология в родах: затяжные, стремительные, стимуляция и др.)

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

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

1. Развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. Анамнез первых лет жизни ребенка (темпы психомоторного развития и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. Информация о перенесенных заболеваниях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Масса тела (кг) \_\_\_\_\_\_\_ , рост (м) \_\_\_\_\_\_\_\_ , индекс массы тела: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дефицит массы тела; избыток массы тела; низкий рост; высокий рост (нужное подчеркнуть

Оценка физического развития: нормальное; отклонение (нужное подчеркнуть; в случае отклонения

от нормы описать)

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

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

Оценка психофизиологической выносливости: норма; отклонение (нужное подчеркнуть; в

случае отклонения от нормы описать)

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

Оценка эмоциональной устойчивости: норма; отклонение (нужное подчеркнуть; в случае отклонения от нормы описать)

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

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

Заключения профильных врачей – специалистов с указанием основного диагноза

1. Оториноларинголог:

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

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

1. Сурдолог:

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

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

1. Офтальмолог:

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

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

1. Хирург:

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

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

1. Ортопед-травматолог:

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

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

1. Невролог:

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

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

1. Психиатр:

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

1. Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а) код основного заболевания по МКБ 10: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

б)основное заболевание:

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

в) сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г) осложнения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_

г.

Врач – педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Руководитель учреждения

здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

М.П.

Приложение № 3

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией**

1. Общие сведения о ребенке:
   1. Ф.И.О.
   2. Дата рождения, возраст
   3. Место проживания
   4. Сведения о родителях (законных представителях)
   5. С кем проживает ребенок
   6. Контактная информация семьи
2. История обучения ребенка до обращения на ПМПК:

2.1. Обучался ли где либо до поступления в эту образовательную организацию;

2.2. Оставался ли на второй год, в каких классах;

2.3. Причины перевода из другой образовательной организации

1. Детализированная информация об условиях и результатах обучения ребенка в образовательной организации::
   1. Класс/группа
   2. Программа обучения (основная/адаптированная)
   3. Форма обучения
   4. Возраст поступления в образовательную организацию, степень подготовленности; сколько времени находится ребенок в данной образовательной организации
   5. Особенности адаптации ребенка к данной образовательной организации
   6. Отношение к учебной /продуктивной/игровой/познавательной деятельности
   7. Отношение ребенка к словесной инструкции педагога, реакция на нее
   8. Сформированность учебных/коммуникативных/навыков самообслуживания/игровых навыков
   9. Как успевает ребенок, в чем заключаются особенности или трудности усвоения им программы (для дошкольника – принимает ли участие в организуемых занятиях, в т. Ч. Дополнительных; в чем особенности его участия, как ведет себя во время занятий; проявляет заинтересованность, стремление выполнить задания; в игровой деятельности – наличие стремления включиться в игру, использование предметов –заместителей; характер действий с игрушками: стереотипные манипуляции, хаотическая смена игрушек или осмысленные и целенаправленные действия, принятие на себя роли, возможность игры с правилами, предлагает сам игру и стремится быть понятым сверстниками и т.п.)
   10. Характер ошибок (отдельно по математике, письму, чтению и другим предметам)
   11. Развитие моторики (общая моторная неловкость, двигательная расторможенность, преимущественные недостатки мелкой моторики, какую деятельность затрудняют) и речи (речью не пользуется, речь мало понятна, пользуется речью преимущественно для коммуникации, может отвечать на занятиях, формулировать свои мысли)
   12. Для младших школьников информация о том, с какой степенью готовности ребенок пришел в школу (абсолютно не подготовлен, подготовлен удовлетворительно) и какую динамику дал в процессе обучения (почти никакой, очень слабую, недостаточную, достаточную).
2. Уровень общего развития (степень отставания от большинства детей в классе/группе)
3. Общая осведомленность ребенка о себе (оценивается в соотнесении с календарным возрастом)
4. Взаимоотношение обучающегося с коллективом сверстников (особенно в тех случаях, когда ребенок драчлив, агрессивен или, наоборот, чрезмерно пассивен. Отметить, как относятся к нему другие дети)
5. Какие меры коррекции применялись, и их эффективность (дополнительные занятия, щадящий режим и пр.)
6. Особенности семейного воспитания (строгое, попустительское, непоследовательное, ребенку уделяется недостаточно внимания)
7. Отношение ребенка и его семьи к имеющимся проблемам и трудностям (признание своих неудач, отставания либо равнодушное или неадекватное отношение , пр.)
8. Отразить возможности ребенка, на которые можно опираться в педагогической работе, а так же обобщенные выводы педагога и его пожелания по организации дальнейшего обучения ребенка.
9. Цель составления документа

« \_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Руководитель общеобразовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (подпись) (фамилия, инициалы)

Классный руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение № 4

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**Согласие на обработку персональных данных родителя**

**(законного представителя)**

на основании ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями)

я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Настоящим даю свое согласие на обработку в**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

полное наименование ПМПК

**своих персональных данных,** **к которым относятся:**

* данные, удостоверяющие личность (паспорт);
* данные о возрасте и поле; данные о гражданстве;
* адресная и контактная информация;
* сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

* обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
* использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
* заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
* обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

полное наименование ПМПК

**гарантирует,** что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полное наименование ПМПК

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в

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

полное наименование ПМПК

письменного отзыва.

Согласен (а) с тем, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полное наименование ПМПК

обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение № 5

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребёнка в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии отдела образования**

**администрации города Кедрового**

на основании ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями)

я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данные ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребёнка)

На основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем

подопечного № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**как его (ее) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку** **в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

полное наименование ПМПК

**персональных данных** ребенка, к которым относятся:

* данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
* данные о возрасте и поле;
* данные о гражданстве;
* данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;
* данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;
* Ф.И.О. родителя/законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
* сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся;

документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);

* форма получения образования ребенком;
* изучение русского (родного) и иностранных языков;
* сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
* данные психолого-педагогической характеристики;
* форма и результаты участия в ГИА;
* форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
* отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
* данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний,

медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения);

* сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

**Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:**

* обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
* учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;
* соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
* учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными

государственными стандартами;

* учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
* учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно

опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

* использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств,

включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

* заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством

образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;

* обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

полное наименование ПМПК

**гарантирует**, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полное наименование ПМПК

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так иавтоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует додостижения целей обработки персональных данных ребенка в ТПМПК. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в

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

полное наименование ПМПК

письменного отзыва.

Согласен/согласна что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение № 6

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**Обязательство о неразглашении персональных данных лиц,**

**обращаю­щихся в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию отдела образования администрации города Кедрового**

я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

понимаю, что, являясь специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

указать полное наименование ПМПК

получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в ПМПК.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занима­юсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращаю­щихся в ПМПК.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся в ПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся в ПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся в ПМПК, а также информацию о (об) этих лицах:

- анкетные и биографические данные;

- состав семьи;

- паспортные данные;

- социальные льготы;

- специальность;

- занимаемая должность;

- наличие судимостей;

- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов,

электронный адрес;

- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребен­ка и/или обратившегося лица;

- состояние здоровья ребенка;

- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;

- заключение специалистов ПМПК;

- рекомендации, полученные по результатам обращения в ПМПК.

Яподтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обра­щения лиц в ПМПК.

Япредупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, каса­ющихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся в ПМПК, я несу персональную ответственность в со­ответствии с Федеральным Законом «О персональных данных» № 152-ФЗ.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (Ф.И.О.) (подпись)

Приложение № 7

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Журнал записи **детей на обследование в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию отдела образования администрации города Кедрового**

*форма*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата предполагаемого приема ребенка на ТПМПК | Время приема ребенка | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения ребенка | Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка | Контактная информация (телефон, электронный адрес) родителя (законного представителя) ребенка | Образовательная организация, в которой обучается ребенок в настоящее время | Кем ребенок направлен на ПМПК, имеется ли направление (при наличии) | Установленный диагноз (при наличии) | Инвалидность (при наличии) | Запрос родителя (законного представителя) ребенка |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 8

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Журнал учета **детей, прошедших обследование в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии отдела образования администрации города Кедрового**

*форма*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения ребенка | Контактная информация (телефон, электронный адрес) родителя (законного представителя) ребенка | Кем ребенок направлен на ТПМПК, имеется ли направление | Заключение при поступлении на ТПМПК (установленный диагноз (при наличии) | Инвалидность (при наличии) | Заключение ТПМПК | Особые мнения специалистов (при наличии) | Рекомендации ТПМПК | Подпись родителя (законного представителя) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 9

к порядку работы Центральной

психолого-медико-педагогической комиссии

**КАРТА РЕБЕНКА, ПРОШЕДШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ ОТДЕЛА ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КЕДРОВОГО**

1. Дата первичного обращения в ТПМПК «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

|  |
| --- |
| *Фамилия, имя, отчество*: |
| *Дата рождения ребенка*: |
| *Адрес проживания*: |
| *Образовательная организация, класс/группа*: |
| *Кем направлен на обследование*: |
| *Сведения о родителях (законных представителях)*: |
| Мама: |
| Папа: |
| *Какие ДОО (группы) посещал(а)*: |
| *С какого времени обучается в данной ОО*: |
| *С какого возраста начал школьное обучение*: |
| *По какой программе*: |
| *Дублировал ли программу*: |
| *Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня*: |
| Заключение комиссии: |
| *Медицинский диагноз:* |
| *Ребенок-инвалид:* |
| Особые мнения: |
|  |
| Рекомендации комиссии: |
| *1. Определение условий получения образования:* |
| * Вид образовательной программы: |
|  |
| * Форма получения образования: |
| * Условия получения образования: |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* динамическое наблюдение |
| специалистами ПМП(к) |
| * *Сроки повторного обследования в ТПМПК:* |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Программа коррекционно – развивающей работы:* |
| * занятия с логопедом |
| * занятия с дефектологом |
| * занятия с психологом |
| * занятия с социальным педагогом |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:* |
|  |
| * *Дополнительные условия*: |
|  |
|  |
| * *Программа внеурочной деятельности:* |
|  |
|  |
| * *Медикаментозное сопровождение*: |
| * *Наблюдение узких специалистов*: |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*: |
| *4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:* |
|  |
|  |
|  |
| *Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г.* |
|  |
|  |
| 1. Дата повторного обращения в ТПМПК « » 20 г. |
| Предварительный медицинский диагноз: |
| Заключение комиссии: |
| *Медицинский диагноз:* |
|  |
| Особые мнения: |
|  |
| Рекомендации комиссии: |
| *1. Определение условий получения образования:* |
| * Вид образовательной программы: |
| * Форма получения образования: |
| * Условия получения образования: |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Сроки повторного обследования на ТПМПК:* |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Коррекционно – развивающая работа:* |
| * занятия с логопедом |
| * занятия с дефектологом |
| * занятия с психологом |
| * занятия с социальным педагогом |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:* |
|  |
| * *Дополнительные условия*: |
| ( |
| * *Медикаментозное сопровождение*: |
| * *Наблюдение узких специалистов*: |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*: |
| *4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:* |
|  |
|  |
| *Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г.* |
| 1. Дата повторного обращения в ТПМПК « » 20 г. |
| Предварительный медицинский диагноз: |
| Заключение комиссии: |
| *Медицинский диагноз:* |
|  |
| Особые мнения: |
|  |
| Рекомендации комиссии: |
| *1. Определение условий получения образования:* |
| * Вид образовательной программы: |
|  |
| * Форма получения образования: |
| * Условия получения образования: |
|  |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
|  |
| * *Сроки повторного обследования на ТПМПК* |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Коррекционно – развивающая работа:* |
| * занятия с логопедом |
| * занятия с дефектологом |
| * занятия с психологом |
| * занятия с социальным педагогом |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:* |
|  |
| * *Дополнительные условия*: |
| ( |
| * *Медикаментозное сопровождение*: |
| * *Наблюдение узких специалистов*: |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*: |
| *4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:* |
|  |
|  |
| *Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г.* |

Приложение № 10

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ**

**АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«Город Кедровый**»

636615,Томская область, г. Кедровый, 1 мкр., д.61

тел./факс(8-38-250)-35-432, E-mail: [goopud@education.tomsk.ru](mailto:goopud@education.tomsk.ru)

ОКПО 46622480, ОГРН 1027003753710, ИНН/КПП 7023000017/702301001

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА И ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  **ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ ОТДЕЛА ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА КЕДРОВОГО** | | | | |
| № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. | | | |
| 1. Формальные сведения | | | | |
| *Фамилия, имя, отчество*: | | | |
| *Дата рождения ребенка*: | | | |
| *Адрес проживания*: | | | |
| *Образовательная организация, класс/группа*: | | | |
| *Кем направлен на комиссию*: | | | |
| *Сведения о родителях (законных представителях)*: мама папа | | | |
| II. Анамнестические сведения | | | |
| *Перечень представленных документов*: медицинская карта, полис ОМС, справка МСЭ-201\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_.\_\_\_\_.201\_г. | | | |
| до \_\_\_.\_\_\_.201\_\_\_ г. (для ребенка-инвалида), карта ИПР (ИПРА), характеристика, направление на ТПМПК | | | |
| *Особенности раннего развития*: | | | |
| *Перенесенные и хронические заболевания*: | | | |
| III.Данные психолого-медико-педагогического обследования | | | |
| *Данные медицинского обследования:* | | | |
| *Педиатр (терапевт)*: | | | |
| *Отоларинголог (сурдолог)*: | | | |
| *Офтальмолог*: | | | |
| *Хирург (хирург-ортопед)*: | | | |
| *Психиатр*: | | | |
| *Невролог*: | | | |
| *Данные психолого – педагогического и логопедического обследования\*:* | | | |
| *Легко ли вступает в контакт:* | | | |
| *Общая осведомленность ребенка (социально - бытовая ориентировка):* | | | |
| *Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей, круг представлений об окружающем и точность* | | | |
| *этих представлений:* | | | |
| *Характеристика моторики, в том числе графической деятельности (рисунок, письмо):* | | | |
| *Особенности латерализации:* | | | |
| *Особенности восприятия картин, текстов:* | | | |
| *Восприятие времени:* | | | |
| *Восприятие пространства (различие правой - левой стороны, умение сложить фигуры по образцу; сложить* | | | |
| *картинку, разрезанную на части):* | | | |
| *Особенности внимания:* | | | |
| * *Концентрация:* | | | |
| * *Устойчивость:* | | | |
| * *Переключаемость:* | | | |
| * *Распределение:* | | | |
| * *Объем внимания:* | | | |
| *Особенности памяти (быстрота запоминания, точность воспроизведения):* | | | |
| *Особенности процессов анализа, синтеза, обобщения:* | | | |
| *Понимание смысла загадок, пословиц:* | | | |
| *Понимание причинно - следственных связей (умение выделить главное, существенное в сюжетной картине,* | | | |
| *тексте, при определении понятий, при сравнении предметов, при классификации предметов):* | | | |
| *Особенности мышления:* | | | |
| * *Наглядно – действенного:* | | | |
| * *Наглядно – образного:* | | | |
| * *Абстрактно – логического:* | | | |
| *Родной язык ребенка*: | | | |
| *Дефекты звукопроизношения:* | | | |
|  | | | |
| *Словарный запас:* | | | |
| *Грамматический строй речи:* | | | |
| *Характер ошибок устной и письменной речи:* | | | |
| *Состояние чтения:* | | | |
| *Состояние письма:* | | | |
| *Состояние счета:* | | | |
| *Степень усвоения программного материала, трудности при обучении:* достаточном | | | |
| *Целенаправленность деятельности:* | | | |
| *Отношение к обучению:* | | | |
| *Особенности эмоционально-волевой сферы:* | | | |
| *Особенности поведения (адекватность поведения в процессе обследования):* | | | |
| *Улавливает ли эмоциональный смыл картин, текстов, беседы:* | | | |
| *Усидчивость в работе, работоспособность:* | | | |
| Заключение комиссии: | | | |
| *Медицинский диагноз:* | | | |
| *Ребенок-инвалид:* | | | |
| Особые мнения: | | | |
| Рекомендации комиссии: | | | |
| *1. Определение условий получения образования:* | | | |
| * Вид образовательной программы: | | | |
| * Форма получения образования: | | | |
| * Условия получения образования: | | | |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* динамическое наблюдение | | | |
| специалистами ПМП(к) | | | |
| * *Сроки повторного обследования на ЦПМПК:* | | | |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* | | | |
| * *Коррекционно – развивающая работа:* | | | |
| * занятия с психологом | | | |
| * занятия с социальным педагогом | | | |
| * занятия с учителем-дефектологом | | | |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:* | | | |
|  | | | |
| * *Дополнительные условия*: | | | |
| * *Программа внеурочной деятельности:* | | | |
| * *Медикаментозное сопровождение:* | | | |
| * *Наблюдение узких специалистов*: | | | |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*: требуется/не требуется | | | |
| *4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:* | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| *Члены ТПМПК:* | | | |
| учитель – дефектолог (олигофренопедагог): (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| учитель – логопед: (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| педагог – психолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| врач – психиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| врач-педиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| социальный педагог (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| *Руководитель ТПМПК:* (подпись) (Ф.И.О.) | | | |
| *М.П.* | | | |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен (а): | | | |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а): | |  |  |
| Родитель (законный представитель): (подпись) (Ф.И.О.) | | | |

Приложение № 11

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ**

**АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«Город Кедровый**»

636615,Томская область, г. Кедровый, 1 мкр., д.61

тел./факс(8-38-250)-35-432, E-mail: [goopud@education.tomsk.ru](mailto:goopud@education.tomsk.ru)

ОКПО 46622480, ОГРН 1027003753710, ИНН/КПП 7023000017/702301001

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования « \_\_ » \_\_\_ 20\_\_ г. | | Регистрационный № протокола | |
| ***Фамилия, имя, отчество***: | | | | |
| ***Дата рождения ребенка***: | | | | |
| ***Адрес проживания***: | | | | |
| ***Образовательная организация, класс/группа***: | | | | |
| ***Кем направлен на комиссию***: | | | | |
| ***Сведения о родителях (законных представителях)***: мама папа | | | | |
| **Заключение комиссии:** | | | | | |
| ***Медицинский диагноз:*** | | | | | |
| ***Ребенок-инвалид:*** | | | | | |
| **Особые мнения:** | | | | | |
| **Рекомендации комиссии:** | | | | | |
| ***1. Определение условий получения образования:*** | | | | | |
| * Вид образовательной программы: | | | | | |
| * Форма получения образования: | | | | | |
| * Условия получения образования: | | | | | |
| ***2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:***динамическое | | | | | |
| наблюдениеспециалистами ПМП(к) | | | | | |
| * ***Сроки повторного обследования на ТПМПК:*** | | | | | |
| ***3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** | | | | | |
| * ***Коррекционно – развивающая работа:*** | | | | | |
| * занятия с психологом | | | | | |
| * занятия с социальным педагогом | | | | | |
| * занятия с учителем-дефектологом | | | | | |
| * ***Специальные мероприятия или средовые условия:*** | | | | | |
| * ***Дополнительные условия***: | | | | | |
| * ***Программа внеурочной деятельности:*** | | | | | |
| * ***Медикаментозное сопровождение***: | | | | | |
| * ***Наблюдение узких специалистов***: | | | | | |
| * ***Сопровождение ассистента (помощника)***: | | | | | |
| ***4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:*** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ***Члены ТПМПК:*** | | | | | |
| учитель-дефектолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| учитель – логопед: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| педагог – психолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач – психиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач-педиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| социальный педагог (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| ***Руководитель ТПМПК:*** (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| ***М.П.*** | | | | | |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен (а): | | | | | |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен | | |  | |  |
| Родитель (законный представитель): (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |

Приложение № 12

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

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

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

|  |
| --- |
| (полное наименование организации в соответствии с уставными документами) |
|  |
|  |
| **ДОВЕРЕННОСТЬ** |

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Настоящая доверенность выдана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., должность)

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем, когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указать место жительства или регистрации)

в том, что ему (ей) поручается представлять на обследовании в ТПМПК интересы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка, обследуемого в ТПМПК)

связанные с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(предмет поручения)

а также уполномочивается совершать следующие действия:

* получать документы;
* подавать заявления;
* расписываться и совершать все действия и формальности, связанные с выполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и действительна до «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Образец подписи доверенного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ удостоверяю.

(Ф.И.О.) (подпись)

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 13

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации**  **на ребенка, направляемого для обследования в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (полное наименование образовательной организации в соответствии с уставными документами) | | | | |
| Фамилия, имя, отчество ребенка: | | | | |
| Дата рождения ребенка: | | | | |
| Адрес проживания, телефон: | | | | |
|  | | | | |
| Образовательная организация: | | | | |
|  | | | | |
| Класс /группа(общеобразовательный, инклюзивный, коррекционный): | | | | |
| История обучения (до поступления в школу посещал (не посещал) ДОО общеразвивающего типа (логопедическая, комбинированная, | | | | |
| группа компенсированной направленности, ДОО коррекционного типа): | | | | |
| Поступил в 1 класс в возрасте лет. В данной образовательной организации с класса. | | | | |
| Дублировал обучение (да, нет, в каких классах): | | | | |
| Статус семьи (полная, благополучная, состав семьи, наличие наследственных психических заболеваний, семья, находящаяся в трудной | | | | |
| жизненной ситуации): | | | | |
|  | | | | |
| Мать: | | | | |
| возраст лет; образование ; занятость | | | | |
| Отец: | | | | |
| возраст лет; образование ; занятость | | | | |
| Когда и откуда поступил ребенок (для детей из детских домов и приютов): | | | | |
| Социальный статус ребенка (сирота; под опекой; родители лишены родительских прав): | | | | |
|  | | | | |
| Особенности психофизического развития: | | | | |
| *работоспособность:* | | | | |
| *особенности внимания, памяти:* | | | | |
| *развитие общей и мелкой моторики:* | | | | |
| *развитие зрительно-пространственной ориентации:* | | | | |
| *особенности зрительного и слухового восприятия:* | | | | |
| *ведущая рука:* | | | | |
| Учебная мотивация: | | | | |
| *отношение к обучению:* | | | | |
| Особенности обучаемости: (насколько быстро усваивает новые понятия; навыки самоконтроля, самостоятельности; использует/ | | | | |
| не использует помощь: направляющую, обучающую, прямую подсказку): | | | | |
|  | | | | |
| Сформированность учебных навыков: | | | | |
| Общая оценка учебных навыков (соответствие знаний, умений и навыков требованиям учебной программы по основным | | | | |
| предметам): | | | | |
|  | | | | |
| Уровень усвоения программного материала, трудности при обучении: | | | | |
|  | | | | |
| Чтение (тип; темп; осознанность; выразительность; возможности пересказа): | | | | |
|  | | | | |
| Характерные ошибки чтения (перестановки; пропуски букв; искажения слов; чтение по догадке): | | | | |
|  | | | | |
| Математика (порядковый счет; вычислительные навыки (их автоматизация); состав числа; понимание программного материала: | | | | |
| может самостоятельно изучить новый материал; необходима помощь; только при объяснении учителя): | | | | |
|  | | | | |
| Характер трудностей при решении примеров, задач, геометрических построениях: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Письмо (особенности графики; аккуратность; устойчивость почерка; особенности оформления работ): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Характер ошибок письменной речи *(*при списывании: пропуски; замены; перестановки букв; аграмматизмы; несоблюдение | | | | |
| режима пунктуации при письме под диктовку; в творческих работах, соотнесение печатных и письменных букв; возможности копирования; | | | | |
| списывания; письма под диктовку): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Особенности устной речи (звукопроизношение; темп; плавность; грамматическое и информационно-выразительноеоформление; | | | | |
| состояние связной речи): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Социально-бытовая ориентировка и общетрудовые умения: (уровень развития культурно – гигиенических | | | | |
| навыков; навыков самообслуживания) | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Эмоционально-поведенческие особенности (проблемы коммуникации; взаимоотношения с родителями, учащимися, | | | | |
| учителями): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Получал ли коррекционную помощь специалистов ПМПк (в каком возрасте; причина; результативность | | | | |
| коррекционной работы): | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Выводы специалистов: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Рекомендации специалистов: | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Члены ПМПк: | | | | |
| классный руководитель: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| педагог - психолог: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| учитель-дефектолог: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| учитель-логопед: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| социальный педагог: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| Заместитель директора по учебно-воспитательной работе: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| Директор образовательной организации: | (подпись) | | (Ф.И.О.) | |
| М.П. |  | |  | |
|  |  | |  | |
| Дата «\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_\_ года | | | | |
| C представлением ПМПк ознакомлен (а): | |  | |  |
| С выводами специалистов ПМПк согласен (а)/ не согласен | |  | |  |
| Родитель (законный представитель): (подпись) (Ф.И.О.) | | | | |

Приложение № 14

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ**

**АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«Город Кедровый**»

636615,Томская область, г. Кедровый, 1 мкр., д.61

тел./факс(8-38-250)-35-432, E-mail: [goopud@education.tomsk.ru](mailto:goopud@education.tomsk.ru)

ОКПО 46622480, ОГРН 1027003753710, ИНН/КПП 7023000017/702301001

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**СПРАВКА О ПРОВЕДЕНИИ КОНСУЛЬТАЦИИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата обследования « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г. | | Регистрационный № справки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *Фамилия, имя, отчество*: | | | | |
| *Дата рождения ребенка*: | | | | |
| *Адрес проживания*: | | | | |
| *Образовательная организация (класс/группа):* | | | | |
| *Кем направлен на обследование в ТПМПК*: | | | | |
| *Сведения о родителях (законных представителях)*: мама папа | | | | |
| Заключение комиссии: | | | | | |
| *Медицинский диагноз:* | | | | | |
| *Ребенок-инвалид:* | | | | | |
| Особые мнения: | | | | | |
| Рекомендации комиссии: | | | | | |
| *1. Определение условий получения образования:* | | | | | |
| * Вид образовательной программы: | | | | | |
| * Форма получения образования: | | | | | |
| * Условия получения образования: | | | | | |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* динамическое | | | | | |
| наблюдениеспециалистами ПМПк образовательной организации | | | | | |
| * *Сроки повторного обследования в ТПМПК:* | | | | | |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* | | | | | |
| * 1. *Коррекционно – развивающая работа:* | | | | | |
| * занятия с психологом | | | | | |
| * занятия с социальным педагогом | | | | | |
| * занятия с учителем-дефектологом | | | | | |
| * 1. *Специальные мероприятия или средовые условия:* | | | | | |
| * 1. *Дополнительные условия*: | | | | | |
| * 1. *Программа внеурочной деятельности:* | | | | | |
| * 1. *Медикаментозное сопровождение*: | | | | | |
| * 1. *Наблюдение узких специалистов*: | | | | | |
| * 1. *Сопровождение ассистента (помощника)*: не требуется/требуется | | | | | |
| *4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:* | | | | | |
|  | | | | | |
| *Члены ЦПМПК:* | | | | | |
| учитель-дефектолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| учитель – логопед: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| педагог – психолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач – психиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач-педиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| социальный педагог (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| *Руководитель ТПМПК:* (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| *М.П.* | | | | | |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен (а): | | | | | |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен | | |  | |  |
| Родитель (законный представитель): (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |

Приложение № 15

к порядку работы Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ**

**АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«Город Кедровый**»

636615,Томская область, г. Кедровый, 1 мкр., д.61

тел./факс(8-38-250)-35-432, E-mail: [goopud@education.tomsk.ru](mailto:goopud@education.tomsk.ru)

ОКПО 46622480, ОГРН 1027003753710, ИНН/КПП 7023000017/702301001

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**СООБЩЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ В ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | | Регистрационный № сообщения \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *Фамилия, имя, отчество*: | | | | |
| *Дата рождения ребенка*: | | | | |
| *Адрес проживания*: | | | | |
| *Образовательная организация (класс/группа)*: | | | | |
| *Кем направлен на обследование в ТПМПК*: | | | | |
| *Сведения о родителях (законных представителях)*: мама папа | | | | |
| **Причины, послужившие основанием для принятия решения об отказе в проведении обследования ребенка:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Рекомендации специалистов ТПМПК:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| *Члены ТПМПК:* | | | | | |
| учитель-дефектолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| учитель - логопед: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| педагог - психолог: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач - психиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| врач-педиатр: (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| социальный педагог (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| *Руководитель ТПМПК:* (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |
| *М.П.* | | | | | |
| C отказом в проведении обследования ребенка в ТПМПК ознакомлен (а): | | | | | |
| С выводами согласен (а)/ не согласен: | | |  | |  |
| Родитель (законный представитель): (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | |

Приложение № 2 к приказу

отдела образования

администрации города Кедрового

№ 12 от 18.01.2019г.

**Состав**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии горда Кедрового**

**на 2019 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Должность | ФИО | Основное место работы |
| 11. | Руководитель ТПМПК,  методист | Хворостова Т.В. | Отдел образования администрации города Кедрового |
| 22. | Дефектолог -олигофренопедагог | Шаблеева М.В.  (по согласованию) | Областное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа-интернат для обучающихся, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи» |
| 3. | Врач-педиатр | Дроздов К.В.  (по согласованию) | Филиал ОГБУЗ «Бакчарская РБ»  медицинский центр г.Кедрового |
| 4. | Педагог –психолог | Костарева О.А.  (по согласованию) | Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение Пудинская средняя общеобразовательная школа |
| 5. | Учитель – логопед | Кузнецова Ж.А.  (по согласованию) | Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №1 «Родничок» |
| 6 | Учитель -логопед | Панасик Лилия Идрисовна  (по согласованию) | Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №1г.Кедрового |
| 7 | Офтальмолог | Степанова А.А.  (по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бакчарская РБ» |
| 8 | Отоларинголог | Ханьжин М.Н.  (по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бакчарская РБ» |
| 8 | Детский психиатр | Кульбакина Т.А.  ( по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница», областной медико-педагогический центр |
| 9 | Невролог | Панова Л.В.  (по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бакчарская РБ» |
| 10 | Социальный педагог | Саврасова И.В.  (по согласованию) | Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №1г.Кедрового |
| 11 | Ортопед | Дугинова Н.А.  (по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Бакчарская РБ» |

Приложение № 3 к приказу

отдела образования

администрации города Кедрового № 12 от 18.01.2019г.

**График работы**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Кедрового**

**на 2019 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Место проведения | Адрес |
| 11.03.2019г. | МБОУ СОШ №1 г.Кедрового | г.Кедровый, 1мкр. д. 61 |
| 12.03.2019г. | МАОУ Пудинская СОШ | с.Пудино, ул. Горького, д.8 |

Запись на прием и справки по телефону: 8 (38 250) 35 432