РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

ОТДЕЛА ОБРАЗОВАНИЯ АРАМИЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

от 23.11.2021 № 11

***О работе территориальной психолого-медико-педагогической комиссии в Арамильском городском округе***

В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», статьей 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии», в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи, организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций, руководствуясь Уставом Отдела образования Арамильского городского округа

**ПОСТАНОВЛЯЮ**:

1. Организовать работу территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – Комиссия) на базе Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 4».
2. Утвердить Положение о территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Арамильского городского округа (прилагается).
3. Руководителю Муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 4» (Н.В. Анкудинова) обеспечить условия для работы Комиссии.
4. Настоящее постановление разместить на официальном сайте Арамильского городского округа.
5. Контроль исполнения настоящего постановления оставляю за собой.

Начальник Отдела образования
Арамильского городского округа Г.В. Горяченко

Приложение
к постановлению Отдела образования
Арамильского городского округа
от «23» 11 2021 г. № 11

# ПОЛОЖЕНИЕ
# О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ АРАМИЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее положение регламентирует деятельность территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК, Комиссия) при Муниципальном автономном общеобразовательном учреждении «Средняя общеобразовательная школа № 4» (далее – СОШ №4).

2. ТПМПК создается в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) детей и подготовки 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.

3. ТПМПК осуществляет свою деятельность в пределах территории Арамильского городского округа.

4. ТПМПК в своей деятельности руководствуется Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ, пунктами 1, 2 статьи 14 Федерального закона № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 июня 1999 года, приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (далее – Приказ № 1082), приказом Министерства образования и молодежной политики Свердловской области от 07.06.2017 № 248-Д «Об утверждении порядка работы центральной и территориальных психолого-медико-педагогических комиссий Свердловской области».

5. ТПМПК возглавляет руководитель.

В состав ТПМПК входят: заместитель руководителя, педагог-психолог, учитель-дефектолог (олигофренопедагог), учитель-логопед, детский психиатр, социальный педагог. При необходимости в состав комиссии включаются и другие специалисты.

6. Состав и порядок работы ТПМПК Арамильского городского округа утверждаются нормативным актом Отдела образования Арамильского городского округа (далее – Отдел образования). Комплексное обследование

ТПМПК осуществляется два раза в месяц (первая и третья среда месяца) на протяжении учебного года.

7. Координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности ТПМПК осуществляет Центральная ПМПК Свердловской области в соответствии с пунктом 11 Приказа № 1082.

8. Информация о проведении обследования детей в ТПМПК, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9. Отдел образования обеспечивает комиссию необходимыми помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, при необходимости автотранспортом для организации ее деятельности.

## II. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ПРАВА ТПМПК

10. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

а) проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) детей в возрасте от 2 до 18 лет, в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций (далее – ОО), организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

г) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

д) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории Арамильского городского округа;

е) 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.

11. ТПМПК имеет право:

- в установленном порядке запрашивать у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

- осуществлять мониторинг учета рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в ОО, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей);

- вносить в органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, в лице Отдела образования, предложения по вопросам совершенствования деятельности ТПМПК.

12. Комиссия имеет печать и бланки со своим наименованием.

13. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в комиссии по письменному заявлению родителей (законных представителей) или по направлению ОО, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей).

14. Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами комиссии осуществляются бесплатно.

15. Для проведения обследования ребенка его родители (законные представители) предъявляют в ТПМПК документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также представляют следующие документы:

1) заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в ТПМПК и согласие на обработку персональных данных (приложение № 2);

2) копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии), (наличие паспорта не исключает предоставление свидетельства о рождении);

3) направление ОО, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

4) заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);

5) заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

6) подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) (приложение № 1);

7) характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся ОО);

8) письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

При необходимости комиссия запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке:

1) копию справки об инвалидности (при наличии);

2) представление психолога;

3) представление дефектолога;

3) логопедическое представление;

4) копия личного дела, обучающегося (сведения об отметках);

5) амбулаторная карта

Запись на проведение обследования ребенка в ТПМПК осуществляется при подаче документов.

16. ТПМПК ведется следующая документация:

а) журнал записи детей на обследование;

б) журнал учета детей, прошедших обследование;

в) карта ребенка, прошедшего обследование;

г) протокол обследования ребенка (далее - протокол) - (приложение № 4);

д) автоматизированная информационная система психолого-медико-педагогической комиссии (АИС ПМПК).

17. Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

18. Обследование детей проводится в помещениях, где размещается ТПМПК. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания и (или) обучения.

19. Обследование детей проводится несколькими специалистами ТПМПК 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.

При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

ТПМПК в случае необходимости направляет ребенка для проведения обследования в Центральную ПМПК.

20. В ходе обследования ребенка ТПМПК 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 заключение ТПМПК.

21. В заключении ТПМПК, заполненном на бланке в соответствие с Приказом № 1082, указываются:

- обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и наличии, либо отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;
- рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок может освоить, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования.

Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения ТПМПК производятся в отсутствие детей.

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

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения ТПМПК продлевается, но не более чем на 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении.

23. Заключение ТПМПК носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

Представленное родителями (законными представителями) детей заключение ТПМПК является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими управление в сфере образования, и органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, в лице Отдела образования, ОО, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

Заключение ТПМПК действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.

24. ТПМПК оказывает детям, самостоятельно обратившимся в комиссию, консультативную помощь по вопросам оказания психолого-медико-педагогической помощи детям, в том числе информацию об их правах.

25. Родители (законные представители) детей имеют право:

- присутствовать при обследовании детей в ТПМПК, обсуждении результатов обследования и вынесении ТПМПК заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей;
- получать консультации специалистов ТПМПК по вопросам обследования детей во ТПМПК и оказания им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей;
- в случае несогласия с заключением ТПМПК обжаловать его в центральную ПМПК.

Приложения:

1. Выписка из истории развития ребенка для предоставления на ТПМПК (приложение № 1)
2. Форма заявления (приложение № 2);
3. Согласие на обработку персональных данных родителя (з/п) и ребенка (приложение № 3);
4. Протокол обследования (приложение № 4);
5. Журнал записи детей на обследование (приложение № 5);
6. Журнал учета детей, прошедших обследование (приложение № 6).

Приложение № 1
к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии

**М.П.**

**Подробная выписка из истории развития ребенка**
**для представления на ПМПК**

**Наименование учреждения, проводившего осмотр** _____

**Ф.И.О. ребенка**_____

**Дата рождения/ возраст:**_____

**Дата выдачи выписки:**_____

**Раннее развитие:**

| | |
|---|---|
| **Держит голову с** | **Гуление с** |
| **Переворачивается** | **Лепет с** |
| **Сидит с** | **Первые слова** |
| **Стоит с** | **Простая фраза** |
| **Ходит с** | **Фразовая речь** |

**Оценка по шкале Апгар**_____ **Масса при рождении** _____

**Наличие инвалидности (да/нет) с какого времени, по какому заболеванию** _____

_____

| **Специалист (ФИО)** | **Дата** | **Заключение / Личная печать врача (подпись)** |
|---|---|---|
| **Невролог** | | |
| **Детский психиатр** | | |
| **Травматолог-ортопед** | | |
| **Офтальмолог** | | |
| **Детский хирург** | | |
| **ЛОР** | | |
| **Логопед (при наличии)** | | |
| **Педиатр**<br>(данные анамнеза) | | |

Приложение № 2
к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии

Руководителю ТПМПК
Арамильского городского округа

_____
(Ф.И.О. руководителя ТПМПК)

_____
Ф.И.О родителя (законного представителя)
_____
_____
проживающего(ей) по адресу:
_____
_____
тел.: _____

# ЗАЯВЛЕНИЕ
(законного представителя)

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка_____
_____
Ф.И.О ребенка полностью, дата рождения
_____
регистрация по месту жительства (фактического проживания)

при необходимости в дистанционном режиме, в следующих целях:

- предъявление заключения в Бюро МСЭ для продления и / или оформления инвалидности
- особые условия прохождения государственной итоговой аттестации (ГИА)
- для предъявления в судебные органы;
- потребность в создании специальных условий обучения и воспитания;
- рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов:

  учитель-логопед,
  учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог),
  педагог-психолог.
- Иное_____

При необходимости данная процедура может включать предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т. п.).

Ознакомлен (а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу представить мне заключение ПМПК и копию особых мнений специалистов (при их наличии).

Дата "_____" _____ 20_____ г. Регистрационный №_____

_____/_____
Подпись родителя (законного представителя)

Руководителю ТПМПК
Арамильского городского округа

_____
(Ф.И.О. руководителя ТПМПК)

_____
Ф.И.О родителя (законного представителя)
_____
_____
проживающего(ей) по адресу:
_____
_____
тел.: _____

# ЗАЯВЛЕНИЕ

(НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО, ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 14 ЛЕТ)

Прошу обследовать меня на психолого-медико-педагогической комиссии при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т. п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу представить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

Дата "_____" _____ 20_____ г. Регистрационный №_____

_____/_____
Подпись родителя (законного представителя)

Приложение № 3
к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии

# СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
## (законного представителя/родителя)

**Я,**_____,
(ФИО родителя/законного представителя, полностью, в именительном падеже, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий /зарегистрированный по адресу:_____
_____,
(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)

паспорт серия _____ №_____, выданный _____/_____
(дата выдачи, код подразделения)
_____,
(кем выдан)

контактный телефон _____, e-mail (при наличии)_____
являюсь законным представителем несовершеннолетнего
_____
(ФИО ребенка полностью в именительном падеже)

свидетельство о рождении / паспорт (нужное подчеркнуть) серия _____ №_____,
выдан(о)_____,
(указывается дата и кем выдан документ)

проживающего /зарегистрированного по адресу:_____
_____,
(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)

приходящегося мне _____, своей волей и в своем интересе **настоящим даю свое согласие на обработку и передачу персональных данных,** относящихся ко мне и к представляемому мной несовершеннолетнему, с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств ..... (далее – Учреждение), которое в свою очередь обеспечивает конфиденциальность персональных данных и безопасность при их обработке и передаче.

**Настоящее Согласие на обработку персональных данных предоставляется мной Учреждению для следующих целей:**

проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования несовершеннолетнего для выявления особенностей в его физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении

подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию несовершеннолетнему психолого-медико-педагогической помощи и организации его обучения
и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций

оказания консультативной помощи по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

оказания федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

осуществления учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории Свердловской области;

проведения исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов, подготовки и распространения методических материалов,

предназначенных для информирования и обучения специалистов Учреждения, родителей (законных представителей) несовершеннолетних, либо для сотрудников иных организаций, осуществляющих деятельность в сфере образования, аналогичную деятельности Учреждения.

**Перечень персональных данных, касающихся меня лично, на обработку и передачу которых выдано настоящее Согласие:**

сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность;

сведения о номере контактного телефона, адресе регистрации и фактического проживания, адресе электронной почты;

сведения, содержащиеся в документах, подтверждающих полномочия законного представителя несовершеннолетнего.

**Перечень персональных данных, касающихся несовершеннолетнего, на обработку**
**и передачу которых выдано настоящее Согласие:**

сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность (свидетельство о рождении и/или паспорт);

сведения об адресе регистрации и фактического проживания;

даю согласие на сбор анамнеза и обследование, в условиях ПМПК врачом-психиатром моего ребенка

сведения о состоянии здоровья (включая результаты медицинских обследований, медицинские заключения, заключения и рекомендации, выданные учреждениями медико-социальной экспертизы, сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний /о рекомендациях к обучению в образовательной организации), содержащиеся в документах, предоставленных для проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования (консультирования) несовершеннолетнего Центральной психолого-медико-педагогической комиссией Учреждения;

сведения из образовательной организации (включая данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций, форме получения образования, сведения об успеваемости
и внеурочной занятости, результатах промежуточной и итоговой аттестации, данные психолого-педагогической характеристики);

сведения о составе семьи, включая данные о местонахождении, занятости родителей, отношении к категории детей, оставшихся без попечения родителей, сведения, содержащиеся
в документах об устройстве ребенка на воспитание в семью (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью) либо организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всех типов;

сведения документов, содержащих характеристику поведенческого статуса, сведения о правонарушениях.

Настоящим подтверждаю, что представленные мной персональные данные являются полными и достоверными, не содержат данных, касающихся моей расовой и национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, интимной жизни. Мне разъяснено, что за предоставление недостоверной информации и/или заведомо ложной информации о персональных данных я несу ответственность в соответствии
с действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящим подтверждаю, что предоставленные мной персональные данные, относящиеся к несовершеннолетнему, получены и переданы мной с соблюдением

требований законодательства о персональных данных, ответственность за соблюдение указанных требований лежит на мне лично.

Настоящее Согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, резервное копирование и архивирование, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - органам управления образованием, государственным медицинским организациям, органам полиции), обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме или до истечения срока хранения документов, определенного действующим законодательством РФ (в зависимости от того, какой момент наступит ранее). На основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки персональных данных, обязано прекратить обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней.

Дата: «_____»_____ 20__г. Подпись _____ ( _____)

## СОГЛАСИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО, ДОСТИГШЕГО ВОЗРАСТА 14 ЛЕТ, НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,_____,

(ФИО несовершеннолетнего полностью, в именительном падеже, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий /зарегистрированный по адресу:_____

_____,

(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)

паспорт серия _____ №_____, выданный _____/_____

_____,

подтверждаю свое согласие …… на обработку и передачу относящихся ко мне персональных данных с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств на условиях, изложенных в согласии на обработку персональных данных моего законного представителя

_____

(ФИО родителя/законного представителя, полностью, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Приходящегося мне_____.

Дата
«__» _____20_г.

Подпись (_____/_____)

Приложение № 4

к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической
комиссии

ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ АРАМИЛЬСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА
Организация/ юридический адрес

**ПРОТОКОЛ №___ от «_____ »_____ 20___г.**
**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИИ**

**Общие сведения о ребенке**
**Ф.И.О. ребенка** _____
**Дата рождения:** _____
**Домашний адрес (фактический/регистрация)** _____
**Образовательная организация**_____
**Наличие инвалидности**_____

**Перечень предоставленных документов:**

- заявление на проведение обследования на ПМПК от родителей (законных представителей)/ согласие на обработку персональных данных;
- свидетельство о рождении ребенка (паспорт ребенка);
- паспорта родителей (законных представителей);
- документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка;
- подробная выписка из истории развития ребенка;
- копия справки МСЭ (при наличии);
- заключение ПМП- консилиума ОО;
- характеристика обучающегося, воспитанника;
- результаты самостоятельной продуктивной деятельности;
- заключения предыдущего обследования на ПМПК (при наличии);
- постановление КДН (при наличии);
- представление специалистов (психолог, дефектолог, логопед)
- медицинские заключения
- Направление Бюро МСЭ (при наличии)

**В присутствии специалистов:** ФИО членов ПМПК
**Законный представитель:** родитель/гос.опекун / опекун
**Сведения о родителях / законных представителях (ФИО, возраст, образование, место работы, должность):**
Мать_____
Отец_____
Язык в семье: основной _____, другой _____

**Сведения о состоянии здоровья**
**1)Неврологический статус** _____

**2)Состояние органов слуха (восприятие шепота и разговорной речи в метрах, состояние лор органов)**
_____

**3)Состояние органов зрения (развернутое заключение окулиста)**_____

**Состояние опорно-двигательного аппарата; дефект осанки, сколиоз (степень)**_____

_____

**4)Поражение верхних и нижних конечностей, способ передвижения**_____

**Протокол № ____от «__» _____ 20__г.**

**1. Сведения об образовании**
**Наименование образовательной организации** _____
*Посещал/ не посещал /посещает в настоящее время*
**Образовательная организация:** *государственная / негосударственная/муниципальная*
уровень образования: *дошкольное; начальное общее; основное общее; среднее общее; среднее профессиональное; высшее профессиональное; общий (для уо)*
**группа/ класс:** _____
**Образовательная программа:** _____
реализация образовательной программы с применением дистанционных образовательных технологий: *да / нет*
**Организация обучения**: *в образовательной организации; на дому; в санаторной ОО; в медицинской организации; семейное образование*

**Выводы учителя-дефектолога (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог)**
_____
_____
**Выводы педагога-психолога**_____
_____
_____
Выводы учителя-логопеда_____
_____
_____
Выводы социального педагога_____
_____

**2. Коллегиальное заключение (выводы) ПМПК:**

Нуждается/не нуждается в создании специальных условий получения образования

Нуждается/ не нуждается в создании условий сдачи ГИА

Нуждается в организации индивидуальной профилактической работы

Нуждается в индивидуальных/групповых занятиях учителя-дефектолога

Нуждается в индивидуальных/групповых занятиях педагога-психолога

Нуждается в индивидуальных/групповых занятиях учителя-логопеда

Нуждается в медицинском сопровождении

Нуждается в дополнительном медицинском обследовании

Нуждается в дополнительном обследовании ПМПК

**3. Особое мнение специалистов ПМПК:**
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Протокол № ____от «__» _____ 20__г.**

**4. Рекомендации ПМПК по созданию специальных условий получения образования:**

_____

_____

**По созданию условий при прохождении государственной итоговой аттестации**

_____

_____

**По организации индивидуальной профилактической работы**

_____

_____

**По организации индивидуальных/групповых занятий учителя-логопеда**

_____

_____

**По организации индивидуальных/групповых занятий педагога-психолога**

_____

_____

**По организации индивидуальных/групповых занятий учителя-дефектолога (олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога)**

_____

_____

**По организации медицинского сопровождения**

_____

**По дополнительному медицинскому обследованию**

_____

**Назначено дополнительное обследование специалистами ПМПК**

_____

**Назначен диагностический срок:** при переходе на др. уровень образования / при возникновении трудностей по 1-2 учебным предметам / через год посте освоения АООП /на весь период обучения

**Иные рекомендации ПМПК:**

_____

Руководитель комиссии _____

Врач-психиатр _____

Социальный педагог _____

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Учитель-дефектолог _____

Специалист _____

Специалист _____

Специалист _____

**Протокол № ____от «__» _____ 20__г.**

**Лист голосования**

**Выводы:** об уровне интеллектуального развития обучающегося

**Ребенок** имеет / не имеет **ограниченные возможности здоровья**

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Образовательная программа:** дошкольного образования, начального/ основного / среднего общего образования/профессионального образования (обучения)

**Мнения членов комиссии:**

| | | |
|---|---|---|
| "ЗА" | **5** | **голосов** |
| "ПРОТИВ" | **0** | **голосов** |
| "ВОЗДЕРЖАЛИСЬ" | **0** | **голосов** |

**Особое мнение членов комиссии:** _____

Руководитель комиссии _____
Врач-психиатр _____
Социальный педагог _____
Педагог-психолог _____
Учитель-логопед _____
Учитель-дефектолог _____
Специалист _____
Специалист _____
Специалист _____

**Протокол № ____от «__» _____ 20__г.**

Приложение № 5
к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии

# ЖУРНАЛ ЗАПИСИ
# ДЕТЕЙ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

| № п/п дата обращения | Время приема | Дата предполагаемого обследования | ФИО ребенка | Дата рождения и возраст | ФИО родителей (законных представителей) | Контактная информация | Адрес проживания/ регистрации | Образовательная организация | Диагноз | Наличие инвалидности | Кем сформирован запрос: родитель /законный представитель |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

Приложение № 6
к положению о территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии

# ЖУРНАЛ
# УЧЕТА ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ

| № п/п дата обследования | Ф.И.О ребенка | Дата рождения | Адрес факт. проживания | Наличие инвалид-ности | ОО, программа, класс | ФИО родителей/ законных представителей | Диагноз, выводы | Рекомендации ТПМПК | «Ознаком-лены с заключе-нием и рекоменда-циями» подписи родителей (з/п) | Дата выдачи заклю-чения | «Получили заключение» подписи родителей (з/п) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |