

Приложение № 3  
к Положению по делопроизводству ТПМПК

Руководителю территориальной ПМПК  
Сахалинской области

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_  
(документ, удостоверяющий личность, реквизиты)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

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

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания ребенка)

при необходимости включающее предварительное обследование у независимых экспертов, запрос сведений из других организаций (медицинских, социального обслуживания и т.п.).

Ознакомлен(а) с тем, что в работе территориальной ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования (диагностическое наблюдение, эксперимент, тестирование, беседа, игра и прочее).

Прошу предоставить мне копию заключения территориальной ПМПК и особых мнений специалистов (при наличии).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись / (расшифровка)  
законного представителя)

В территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА

Я, \_\_\_\_\_  
 проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_  
 паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
 контактные данные (тел, t-mail) \_\_\_\_\_

Данные ребенка \_\_\_\_\_

Как его законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных ребенка в территориальной ПМПК, действующей на территории МО «Городской округ Ногликский», к которым относятся:

- данные удостоверяющие личность;
- данные о возрасте и поле; гражданстве,
- данные медицинской карты, полиса медицинского обязательного страхования
- данные прибытия/выбытия ребенка из образовательной организации;
- сведения о попечительстве и опеке;
- сведения об успеваемости и о внеурочной деятельности, форме обучения;
- отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушении;
- данные психолого-педагогической характеристики;
- данные о состоянии здоровья;
- сведения, о полученных ранее заключениях ТПМПК и (или) ЦПМПК

Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- учета детей, подлежащих обучению в образовательных организациях;
- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
- учета детей, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
- использование в уставной деятельности и с применением средств автоматизации или без таковых, включая хранение данных в архивах и формирования отчетов;
- обеспечение личной безопасности ребенка.

**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 для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений) сбор, систематизацию накопление, хранение, уточнение, обновление, использование, распространение (в том числе и передачу третьим лицам: ЦПМПК, медицинским организациям, органам опеки и попечительства, военкомату, полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренными действующим законодательством РФ).

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть мною отозвано путем направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен(а), что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата

подпись

расшифровка

В территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ  
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_,

контактные данные: \_\_\_\_\_  
(телефон, e-mail)

настоящим даю своё согласие на обработку персональных данных в территориальной ПМПК МО «Городской округ Ногликский» (далее - ТПМПК) 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.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях:

- обеспечение 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 детей.

Подтверждаю своё 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 организациям, военкомату, полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

Я проинформирован(а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка в ТПМПК. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ТПМПК письменного отзыва. Согласен/согласна, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ в территориальную ПМПК**

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

\_\_\_\_\_ (адрес местонахождения; контактный телефон)

**Направляется:**

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Класс обучения \_\_\_\_\_, программа обучения \_\_\_\_\_

**на обследование в территориальную ПМПК в связи с**

\_\_\_\_\_ (указывается причина)

**Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) на руки для обследования в территориальной ПМПК (отметить):**

- а) копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка;
- б) заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации;
- в) заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка;
- г) подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
- д) характеристика на обучающегося, выданная образовательной организацией;
- е) письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;
- ж) табель успеваемости (год, четверть, текущие отметки)
- з) представление на ребенка (психолого - педагогическое, логопедическое)
- з) другие документы: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года  
(дата оформления направления)

\_\_\_\_\_  
(подпись руководителя ОО, М.П.)

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи)

**Выписка из истории развития ребенка, для направления на обследование  
в территориальную ПМПК**  
(заполняется лечебно-профилактическим учреждением)

Ребенок (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Причина направления на ТПМПК \_\_\_\_\_

Инициатор направления \_\_\_\_\_

**Развернутый медицинский диагноз**

Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_

Сопутствующее заболевание \_\_\_\_\_

**Анамнез жизни**

Наследственная отягощенность \_\_\_\_\_

Вредные привычки родителей (алкоголизм, курение, наркомания) \_\_\_\_\_

Заболевания во время беременности \_\_\_\_\_

Эмоциональное состояние матери во время беременности \_\_\_\_\_

Роды: срочные, преждевременные, стремительные, кесарево сечение, стимуляция.

(нужное подчеркнуть):

Прилежание (указать какое) \_\_\_\_\_

Наличие внутренних инфекций у матери \_\_\_\_\_

Оценка по шкале Апгар и при рождении \_\_\_\_\_ баллов, через \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_ баллов,

Перинатальные заболевания и состояние ребенка \_\_\_\_\_

Если ребенок наблюдался у психиатра, указать о лечении психотропными средствами \_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

В том числе в период новорожденности \_\_\_\_\_

Стигмы дизэмбриогенеза (нужное подчеркнуть): отклонение в размерах головы, отклоняющаяся форма мочек уха, врожденные пороки губ, аномалия пальцев на руках и ногах

**Психомоторное развитие:** голову начал держать с \_\_\_\_\_ мес, сидеть с \_\_\_\_\_ мес., ползать \_\_\_\_\_

мес., ходить с \_\_\_\_\_ мес.

**Речевое развитие:** гулить с \_\_\_\_\_ мес., первые слова с \_\_\_\_\_ мес.; фразовая речь с \_\_\_\_\_ мес.

Состояние зрения: visus OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Состояние слуха, шепотовая речь AD \_\_\_\_\_ m, AS \_\_\_\_\_ m

Неврологический статус \_\_\_\_\_

**Соответствие физического развития** паспортному возрасту (да, нет) \_\_\_\_\_

ЭЭГ \_\_\_\_\_ РЭГ \_\_\_\_\_ ЭхоЭГ \_\_\_\_\_ Аудиограмма \_\_\_\_\_

**Заключение специалистов**

**Психиатр:** ( заключение, подпись и печать специалиста) \_\_\_\_\_

**Невропатолог:** (заключение, подпись и печать специалиста) \_\_\_\_\_

**Другие специалисты** (отоларинголог, офтальмолог, хирург, фтизиатр и т.д -при необходимости; все заключения заверяются подписью и печатью специалиста)

Дополнительные сведения (состоит на «Д» учете, ребенок-инвалид, другие особенности):

Подпись врача, заполнившего форму \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

Ф.И.О.

печать Учреждения

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

**Психолого-педагогическое представление на ПМПК  
(для школьника)**

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

Образовательное учреждение \_\_\_\_\_

Класс (группа) \_\_\_\_\_ образовательный, КРО, компенсирующий

История обучения: до поступления в школу посещал ДОУ, какого типа \_\_\_\_\_

Поступил в 1 класс в \_\_\_ возрасте, в данной школе с \_\_\_ класса, оставался ли на 2 год \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Статус семьи (полная, неполная, состав семьи) \_\_\_\_\_

Мать: возраст \_\_\_\_\_, образование \_\_\_\_\_, профессия \_\_\_\_\_

Отец: возраст \_\_\_\_\_, образование \_\_\_\_\_, профессия \_\_\_\_\_

Когда и откуда поступил ребенок (для детей из детских домов и приютов) \_\_\_\_\_

Социальный статус ребенка (сирота, отказной, брошенный, родители лишены родительских прав) \_\_\_\_\_

**Особенности психофизического развития:** работоспособность, развитие крупной и мелкой моторики, зрительно-пространственной ориентации, зрительного и слухового восприятия, особенности внимания, памяти, проявления левшества \_\_\_\_\_

**Учебная мотивация:** \_\_\_\_\_

**Особенности обучаемости:** насколько быстро усваивает новые понятия, навыки самоконтроля, использует, помощь: \_\_\_\_\_

**Сформированность учебных навыков:**

Общая оценка учебных навыков (соответствие знаний, умений и навыков требованиям учебной программы) \_\_\_\_\_

**Математика** (порядковый счёт, вычислительные навыки, их автоматизация, состав числа, решение задач, понимание программного материала, формы и виды помощи, характер трудностей при решении задач) \_\_\_\_\_

**Чтение** (тип: побуквенный, послоговой, фразовый, темп, осознанность, выразительность, возможность пересказа) \_\_\_\_\_

Характерные ошибки чтения (перестановки, пропуски букв, искажения слов, чтение по догадке) \_\_\_\_\_

**Письмо** (особенности графики, темп, устойчивость почерка, особенности списывания и письма под диктовку) \_\_\_\_\_

Характер ошибок письма при списывании и под диктовку (пропуски, замены, перестановки букв, аграмматизм, синтаксические ошибки, соотносение печатных и письменных букв, возможности копирования, списывания, письма под диктовку) \_\_\_\_\_

**Особенности устной речи** (звукопроизношение, темп, плавность, грамматическое и информационно-выразительное оформление, состояние связной речи) \_\_\_\_\_

Получал ли логопедическую помощь (в каком возрасте, причина, результативность коррекционной работы) \_\_\_\_\_

**Социально бытовая ориентировка:** (уровень развития культурно-гигиенических навыков, навыков самообслуживания, умение пользоваться учреждениями социально-бытового обслуживания) \_\_\_\_\_

**Общетрудовые умения** \_\_\_\_\_

**Эмоционально-поведенческие особенности:** (проблемы коммуникации, взаимоотношения с родителями, сверстниками, учителями) \_\_\_\_\_

**Выводы и рекомендации специалистов:** \_\_\_\_\_

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

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Социальный педагог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Директор школы \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

Департамент социальной политики  
администрации муниципального образования «Городской округ Ногликский»  
юридический адрес: пгт. Ноглики, ул. Советская, 15, фактический адрес: пгт. Ноглики, ул. Советская, 15  
Тел. (842444) 9-67-78 , факс (842444)9-63-68  
сайт отдела образования::edu@nogliki-adm.ru

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА**  
**ПРОТОКОЛ № \_\_\_\_\_**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**  
**от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года**

**I. Общие сведения**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_  
Год, число и месяц рождения: \_\_\_\_\_  
Адрес, телефон: \_\_\_\_\_  
Инвалидность (№ документа, кем выдан, срок действия) - \_\_\_\_\_  
Кем направлен на комиссию (семья, детский сад, школа, др) \_\_\_\_\_  
Программа обучения: \_\_\_\_\_  
Причины обращения (стойкая неуспеваемость, поведенческие и эмоциональные нарушения): \_\_\_\_\_  
Сведения о родителях или законных представителях  
Мать: \_\_\_\_\_  
Отец: \_\_\_\_\_

**Перечень документов, представленных родителями (законными представителями) на обследование на заседании ТПМПК**

- заявление о проведения согласия на проведение обследования
- свидетельство о рождении ребенка
- документа удостоверяющий личность родителя (законного представителя)
- заявление о проведении согласия на обработку персональных данных
- заключение ПП-консилиума ОО
- заключение комиссии о результатах раннего обследования ребенка
- выписка из истории болезни ребенка с заключением врачей или заключение врачей специалистов
- характеристика обучающего, выданная образовательной организацией

**II. Анамнестические сведения**

Краткие анамнестические данные, перенесенные инфекционные заболевания, травмы

Психический статус (особенности интеллектуального развития, поведения, эмоционально-волевой сферы, др).

Заключение врача-психиатра в соответствии с МКБ-10:

**III. Данные психолого-педагогического обследования**

Данные обследования учителя –дефектолога, педагога: обученность и обучаемость, особенности общения (способы общения, особенности поведения, критическое отношение к своей деятельности) сведения о себе, составе семьи, представления об окружающей среде, характеристика учебной деятельности: чтение, письмо, математика

Уровень усвоения образовательных программ, трудности

## Выводы и рекомендуемый вариант ООП/АОО

**Данные логопедического обследования** (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации, особенности фонематического восприятия (различение и произношение фонем))

**Заключение учителя-логопеда** (краткая оценка состояния устной и письменной речи в соответствии с психолого-педагогической классификацией), потребность в логопедической коррекции (какой)

**Данные психологического обследования** (степень соответствия /несоответствия психического развития возрастной норме, стойкость нарушений познавательной деятельности, индивидуально-психологические проблемы, наличие и вероятные причины отклонений в поведении, особенности внимания, памяти и др)

**Выводы** (уровень развития познавательных способностей, потребность в создании специальных условий и возможность ребенка адаптироваться к требованиям определённого варианта АООП, потребность в психокоррекционных занятиях)

**Данные обследования социального педагога** (условия жизни и воспитания ребенка), степень его социопсихологической адаптированности)

**Выводы** (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии)

**Основные особенности ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий обучения и воспитания или оказание психолого-педагогической помощи, рекомендации комиссии**

**Особое мнение специалистов:**

Председатель:	_____	/	_____	/
Члены комиссии:	_____	подпись	_____	расшифровка подписи
врач-психиатр	_____	/	_____	/
педагог-психолог	_____	/	_____	/
учитель-логопед	_____	/	_____	/
социальный педагог	_____	/	_____	/
секретарь комиссии	_____	/	_____	/

**Подписи членов т-ПМПК заверяю:**

Вице-мэр муниципального образования  
«Городской округ Ногликский»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись                      расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Подписи родителей, законных представителей:**

«С рекомендациями комиссии ознакомлен» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись                      расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Департамент социальной политики  
администрации муниципального образования «Городской округ Ногликский»  
юридический адрес: п. Ноглики, ул. Советская, 15 ,фактический адрес: п. Ноглики, ул. Советская, 15  
Тел. (842444) 9-67-78, факс (842444)9-63-68  
сайт отдела образования:edu@nogliki-adm.ru

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании специальных условий получения образования  
обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья**

№ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ от \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Дано (кому) \_\_\_\_\_

Год, число и месяц рождения \_\_\_\_\_ Домашний адрес \_\_\_\_\_

Образовательная организация: \_\_\_\_\_

Дата обследования: \_\_\_\_\_ Протокол \_\_\_\_\_

Причины: \_\_\_\_\_

Ранее обследование дата \_\_\_\_\_ Протокол \_\_\_\_\_

**Коллегиальное заключение специалистов**

1).о наличии/отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и или отклонений в поведении \_\_\_\_\_

2) о наличии/отсутствии необходимости создания специальных условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации \_\_\_\_\_

3) Особое мнение специалистов \_\_\_\_\_

**Рекомендации по созданию особых условий обучения и воспитания**

1.Определение образовательной программы: \_\_\_\_\_

2.Форма обучения:\_\_\_\_\_ 3.Рекомендуемый режим обучения:\_\_\_\_\_

4.Форма получения образования: \_\_\_\_\_

5.Обеспечение архитектурной доступности: \_\_\_\_\_

6.Получение помощи (услуг) ассистента(помощника),тьютера: \_\_\_\_\_

8.Специальные учебники, дидактические пособия, методы, формы обучения: \_\_\_\_\_

9.Направления коррекционно-развивающей работы \_\_\_\_\_

10.Особые условия прохождения ГИА \_\_\_\_\_

11. Другие специальные условия: \_\_\_\_\_

12.Рекомендуемый срок повторного прохождения обследования в ПМПК \_\_\_\_\_

Председатель ТПМПК \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись Ф.И.О.

Врач психиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Социальный педагог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач педиатр \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Секретарь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Подпись специалистов заверяю:**

Вице-мэр муниципального образования  
«Городской округ Ногликский» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . /  
подпись Ф.И.О.

М.П.

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

**Родитель (законный представитель) ребенка ознакомлен (а) с рекомендациями ТПМПК,  
копию заключения получил.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) подпись Ф.И.О.