Приложение № 1 к приказу

отдела образования

администрации города Кедрового

№ 26 от 21.02.2017г.

**Порядок работы**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**

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. Секретарь 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) 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.

4.4. Секретарь ТПМПК несет персональную ответственность за своевременную регистрацию документов.

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

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

в связи с определением программы обучения; проблемами в развитии, обучении, поведении, развитии познавательной деятельности, развитии речи; в связи с определением дальнейшего жизнеустройства *(нужное подчеркнуть)* или другие причины:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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).

Возражений против процедуры обследования и на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка специалистами ТПМПК не имею.

*Сообщаю дополнительные сведения о ребенке:*

1. Ребенок – инвалид: да/нет (нужное подчеркнуть). Справка МСЭ: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действительна до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Какую организацию дошкольного образования посещал(а) /не посещал(а)/посещает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Какую группу дошкольной организации посещал(а): общеобразовательную, компенсирующего /комбинированного вида (*подчеркнуть нужное*).
2. С какого возраста посещает дошкольную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Обучается в общеобразовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Класс обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. С какого времени обучается в общеобразовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. С какого возраста начал школьное обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. По какой образовательной программе обучается; дублировал обучение в классе; был ли перевод на образовательную программу более высокого (низкого) уровня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)

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. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений,

проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

1. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы,

отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие)

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

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

1. Состояние ребенка (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами

других специальностей):

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

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

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

1. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты

проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

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

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

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

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)

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

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

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

**Примерная форма педагогической характеристики на ребенка школьного возраста, направляемого для обследования в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию отдела образования администрации города Кедрового**

1. Общие сведения о ребенке:
	1. Ф.И.О.
	2. Дата рождения, возраст
	3. Место проживания
	4. Класс, программа обучения
	5. Форма обучения (указывается, если ребёнок обучался на дому, дистанционно и др.)
2. Кем направлен ребенок
3. Причина (цель) обращения на ТПМПК (трудности в обучении, общении, нарушение поведения и др.)
4. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
	1. ФИО отца, год рождения, место работы, должность
	2. ФИО матери, год рождения, место работы, должность (или аналогичная информация о законных представителях ребенка)
	3. Состав семьи (полная, неполная, многодетная, наличие братьев, сестер, другие члены семьи)
	4. Характер внутрисемейных отношений
	5. Кто занимается воспитанием ребенка
	6. Взаимодействие семьи и школы (характер контакта, формы работы школы с семьей)
	7. Степень помощи родителей ребенку в учебе
5. Школьный анамнез:
	1. какие дошкольные учреждения посещал
	2. с какого возраста начал школьное обучение и по какой программе
	3. дублировал ли программу классов (если - да, по какой причине: болезнь, необоснованные пропуски занятий, трудности в усвоении программы, др.)
	4. обучался ли по адаптированной или индивидуальной программе
	5. с какого времени обучается в образовательной организации

6. Усвоение образовательных программ:

6.1. по математике

6.2. по русскому языку

6.3. по литературному чтению

6.4. по другим предметам

1. Характеристика обучаемости:
	1. Затруднения, возникающие при усвоении учебного материала
	2. Чем, по мнению педагогов, вызваны затруднения в обучении (особенностями внимания, памяти, работоспособности, темпа учебной деятельности и др.)
	3. Степень оказания учителем помощи при выполнении тех или иных учебных заданий
	4. Уровень восприятия ребенком предлагаемой помощи
2. Отношение к учебе, мотивация учения
3. Особенности личности и взаимоотношения со сверстниками и педагогами
4. Выполнение школьного режима и правил поведения
5. Участие в общественной жизни школы
6. Доминирующие увлечения и интересы
7. Мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.)
8. Общие выводы и впечатления о ребенке

« \_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 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.

 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.

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

Я проинформирован, что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ТПМПК гарантирует, письменного отзыва.

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

являюсь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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 ТПМПК 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.

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

Я проинформирован, что ТПМПКбудет 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 ТПМПК письменного отзыва.

 Согласен/согласна что ТПМПК 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)

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

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

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

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

понимаю, что, являясь специалистом психолого-медико-педагогического консилиума\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в ТПМПК.

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

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

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

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся в ТПМПК, 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 ТПМПК;

- рекомендации, полученные по результатам обращения в ТПМПК.

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

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

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

Специалист ТПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение № 7

к порядку работы Центральной

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

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.) |
|  *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

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.) |
| ***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

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.) |
| *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

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.) |
| *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

 № 26 от 21.02.2017г.

**Состав**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на 2017 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  № п/п | Ф.И.О. | Должность | Основное место работы |
| 1. | Хворостова Т.В. | руководитель ТПМПК,методист | Отдел образования администрации города Кедрового |
| 2. | Шаблеева М.В. | дефектолог (олигофренопедагог)член комиссии(по согласованию) | Областное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа-интернат для обучающихся, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи» |
| 3. | Рычкова Л.И. | детский психиатр;член комиссии (по согласованию) | Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Томская клиническая психиатрическая больница», областной медико-педагогический центр |
| 4. | Кузнецова Ж.А. | учитель – логопедчлен комиссии(по согласованию) | Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №1 «Родничок»  |
| 5. | Костарева О.А. | педагог –психологчлен комиссии(по согласованию) | Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение Пудинская средняя общеобразовательная школа |
| 6. | Малахова Т.Е | врач-педиатрчлен комиссии(по согласованию) | Филиал ОГБУЗ «Бакчарская РБ» медицинский центр г.Кедрового |

Приложение № 3 к приказу

отдела образования

администрации города Кедрового

 № 26 от 21.02.2017г.

**График работы**

**Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на 2017 год**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Место проведения | Адрес |
| 13.03.2017г. | МБОУ СОШ №1 г.Кедрового | г.Кедровый, 1мкр. д. 61 |
| 14.03.2017г. | МАОУ Пудинская СОШ | с.Пудино, ул. Горького, д.8 |

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