

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ
«ВСЕВОЛОЖСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН» ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

АДМИНИСТРАЦИЯ
КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

28.08.2023

г. Всеволожск

№ 318/01-03

Об организации работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МО «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области в 2023-2024 учебном году

В соответствии со ст. 42 Федерального Закона от 29.12.2012 № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 14 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении положения о психолого–медико-педагогической комиссии»; Методическими рекомендациями Министерства образования и науки РФ от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого – медико-педагогических комиссий», распоряжением Комитета по образованию администрации «Всеволожский муниципальный район» от 28.08.2023 № 229/01-03 «Об утверждении Порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии муниципального образования «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области», в целях оптимизации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии муниципального образования «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области (далее - ТПМПК):

1. Утвердить годовой план работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на 2023-2024 учебный год (приложение №1).
2. Утвердить общий состав территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на 2023-2024 учебный год (приложение №2).
3. Утвердить формы документов, оформляемых ТПМПК:
 - 3.1. Форма заявления родителя (законного представителя) о проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребёнка/консультации (приложение №3).
 - 3.2. Форма согласия родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка (приложение №4).
 - 3.3. Форма согласия на обработку персональных данных родителя (законного представителя) (приложение №5).

3.4. Форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств (приложение №6).

3.5. Форма протокола психолого-медико-педагогического обследования (приложение №7).

3.6. Форма заключения психолого-медико-педагогической комиссии (приложение №8).

3.7. Форма заключения психолого-медико-педагогической комиссии для участника государственной итоговой аттестации (приложение №9).

4. Руководителю ТПМПК:

4.1. Организовать работу ТПМПК в соответствии с нормативными требованиями в 2023-2024 в учебном году.

4.2. Определять состав комиссии и выбор диагностических материалов, методик, форм и методов обследования, осуществляемых специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

4.4. Обеспечить работу территориальной психолого-медико-педагогической комиссии в соответствии с требованиями, установленными Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей (Роспотребнадзор).

5. Руководителям образовательных организаций:

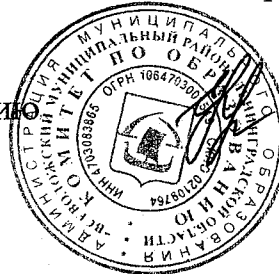
5.1. Своевременно выявлять обучающихся, испытывающих трудности в усвоении образовательных программ, имеющих особенности в развитии, социальной адаптации и поведения.

5.2. Своевременно представлять в ТПМПК заявки на проведение заседаний.

6. Распоряжение вступает в силу с даты подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.09.2023.

7. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по образованию по общим вопросам.

Председатель Комитета по образованию



И.П. Федоренко

Годовой план работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на 2023-2024 учебный год

Дата проведения	Образовательные организации/родители (законные представители)	Форма контроля
В течение года	Образовательные организации, реализующие основную общеобразовательную программу дошкольного образования	Первичное диагностическое обследование обучающихся дошкольного возраста. Контроль динамики развития ребенка; мониторинг учета рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях и семье, в т.ч. в соответствии с индивидуальной программой реабилитации детей – инвалидов (при ее наличии). Консультирование специалистов образовательных организаций по вопросам сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей оставшихся без попечения родителей.
В течение года	Общеобразовательные организации, реализующие основную общеобразовательную программу	Первичное диагностическое обследование обучающихся школьного возраста. Контроль динамики развития ребенка; мониторинг учета рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях и

		<p>семье, в т.ч. в соответствии с индивидуальной программой реабилитации детей – инвалидов (при ее наличии).</p> <p>Консультирование педагогов и специалистов образовательных организаций по вопросам сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей.</p>
В течение года	Работа с родителями (законными представителями)	<p>Первичное диагностическое обследование детей.</p> <p>Мониторинг выполнения рекомендаций, данных территориальной психолого-медико-педагогической комиссии родителям детей и подростков, проходившим комплексное обследование.</p> <p>Консультирование родителей по вопросам организации образовательного маршрута обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей.</p>

СОСТАВ

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МО «Всеволожский муниципальный район» на 2023-2024 учебный год

1. Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии - Соколенко Ю.А., директор МКУ ДО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее МКУ ДО «ЦППМ и СП»);

2. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Попович М.В., заместитель директора МКУ ДО «ЦППМ и СП»;

3. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Барсегян Л.В., руководитель структурного подразделения МКУ ДО «ЦППМ и СП» в г. Кудрово;

4. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Магда Е.В., руководитель структурного подразделения МКУ ДО «ЦППМ и СП» в г. Мурино;

5. Члены территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (основной состав):

- 5.1. Давидович М.Е., врач-психиатр МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.2. Саранкин К.С., врач-невролог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.3. Третьякова Л.И., врач-психиатр МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.4. Бортник А.Е., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.5. Баратели Н.Г., учитель-дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.6. Авдеева Е.Г., врач-педиатр МКУ ДО «ЦППМ и СП».
- 5.7. Новикова Е.Г., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.8. Петрова И.В., учитель-дефектолог, МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.9. Самолетова К.А., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.10. Рыбочкина А.В., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.11. Татарская О.А., учитель – дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.12. Чернова Н. А., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.13. Чепайкина М.Г., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.14. Амирова И.Г., учитель – дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.15. Иванова С.А., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.16. Егорова Н.В., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.17. Слепенко Ю.В., медицинская сестра МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.18. Катаран О.Б., учитель – дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.19. Ген С.А., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП».

6. Члены территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (вспомогательный состав):

- 5.1. Павлова Г.В., учитель-логопед МОУ «СОШ «Всеволожский ЦО»;
- 5.2. Креховецкая И.М., учитель-логопед МДОУ «ЦРР-ДС №4».
- 5.3. Кальченко М.Н., учитель-логопед МДОБУ «Морозовский ДСКВ».

Приложение №3
к распоряжению Комитета по образованию
от « 28 » 08 2023 № 218/01-03

Руководителю ТПМПК
От (ФИО) _____

зарегистрированного по адресу _____

паспорт, серия _____ № _____
выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребёнка /
консультацию _____

(ФИО ребенка полностью)

дата рождения (полностью: число, месяц, год) _____,

проживающего по адресу _____

адрес фактического проживания ребенка _____,

в связи с трудностями в обучении, общении, поведении; проблемами со здоровьем
(нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, речи) - нужное подчеркнуть,
другое _____,

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов
соответствующего профиля в МОУ «ЦППМиСП» или у независимых экспертов, а также
запрос сведений из других организаций (медицинских, образовательных, осуществляющих
социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что при обследовании и в работе ТПМПК применяются методики,
приемы и методы комплексного психолого-медико-педагогического обследования,
включающие в том числе обследование врачом-психиатром.

Сведения о родителях (законных представителях): Ф.И.О. полностью, место работы и
должность, контактный телефон

Мать _____

Отец _____

" " _____ 20 г. Подпись _____

Личность заявителя подтверждена посредством документа, удостоверяющего личность

(подпись)

/ (Ф.И.О. специалиста)

Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность
проживающий по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____, выданный _____

телефон, e-mail _____
данные ребенка _____

ФИО ребенка в именительном падеже

на основании свидетельства о рождении/ паспорта ребенка (подчеркнуть)

№ _____ от _____

как его (ее) законный представитель настоящим даю согласие на обработку
в Муниципальном образовательном учреждении «Центр психолого – педагогической –
медицинской и социальной помощи» (далее МОУ «ЦППМиСП»)

персональных данных ребенка, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность ребенка;
 - данные о возрасте и поле;
 - данные о гражданстве;
 - данные о пребывании 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).
- 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 отчетов 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 (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Отказываюсь от письменного уведомления об уничтожении персональных данных ребенка после истечения нормативного срока их хранения.

МОУ «ЦППМиСП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МОУ «ЦППМиСП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в МОУ «ЦППМиСП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МОУ «ЦППМиСП» обязано 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 _____ Подпись _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____, выданный _____

телефон, e-mail _____

настоящим даю своё согласие на обработку в Муниципальное образовательное учреждение «Центр психолого – педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района (далее МОУ «ЦППМиСП») 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 моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Отказываюсь от письменного уведомления об уничтожении моих персональных данных после истечения нормативного срока их хранения.

МОУ «ЦППМиСП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МОУ «ЦППМиСП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в МОУ «ЦППМиСП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МОУ «ЦППМиСП» обязано 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

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, _____ зарегистрированный _____ по _____ адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных _____ видов _____ медицинских _____ вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем _____ которого _____ я _____ являюсь _____ (ненужное зачеркнуть) в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

**Перечень
определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение №7
к распоряжению Комитета по образованию
от « 28 » 08 2023 № 28/01-03

Комитет по образованию администрации МО
«Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМиСП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ПРОТОКОЛ

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии муниципального образования «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области

Протокол № _____ от « _____ » _____ 202 _____ г.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____ Возраст _____
Адрес регистрации _____
Адрес проживания _____
Телефон _____

Инициатор обращения в ТПМПК: родители (законные представители) / образовательная организация / организация здравоохранения / органы опеки / организация социальной защиты / КДН / суд / МСЭ/ самостоятельно (обследуемый старше 18 лет)/ из МЛС)

Место прохождения ТПМПК: в МКУ ДО «ЦППМиСП»/ в образовательной организации/ в орг.соц.защиты/ в мед.орг./ дистанционно/ иное _____

Не является инвалидом (ребенком-инвалидом)/ является инвалидом/ ребенком-инвалидом
(справка МСЭ № _____ до « _____ » _____ г.)

АНАМНЕЗ

ДАнные СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Сведения о семье ребенка и условиях воспитания:

- полная семья / неполная семья
- сирота (ОБПР): безвозмездная опека / возмездная опека / полное гос. обеспечение (ресурсный центр / дом ребенка / ДДИ / ПНИ)

Место обучения (ДОУ/ОУ, класс/группа, программа обучения, сведения о дублировании классов) _____

ДОУ не посещал/ посещал _____ в школу пошел с _____

Перечень документов, предоставленных для проведения обследования:

	Направление образовательной организации, организации, другой организации (при наличии)
	заявление родителей (законных представителей) на обследование специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра.
	заявление обследуемого, достигшего возраста 15 лет на обследование специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра.
	копия паспорта и / или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии).

	документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя), а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка
	согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя)
	согласие на обработку персональных данных ребенка
	информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с Перечнем определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
	медицинская карта
	подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии)
	характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией
	заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации
	заключения специалистов образовательного учреждения
	письменные работы обучающегося и контрольные по русскому (родному) языку, математике за текущий учебный год
	сведения об аттестации за предыдущие года
	результаты предыдущих заключений ПМПК
	иное

ДАННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Внимание:

Нарушения внимания: необходимость дробления предъявляемой информации / преобладание рассеянного внимания / недостаточная концентрация / повышенная истощаемость / застреваемость / иное _____

Память: _____

Продуктивность запоминания: Высокая / Средняя / Низкая

Мышление: _____

Обобщения: не сформированы / в стадии формирования / сформированы

Классификация: не сформированы / в стадии формирования / сформированы

Сравнение/анализ: не выполняет / выполняет с помощью / выполняет самостоятельно _____

Исключение фигур/ по форме/ по цвету/ по размеру _____

_____ по родовым признакам: не исключает / исключает / не мотивирует / мотивирует с помощью / исключает после обучающего эксперимента / выполняет самостоятельно _____

Причинно-следственные связи: устанавливает самостоятельно/ не улавливает смысла / после обучения / использует помощь _____

Характер принятия помощи: не использует / частично использует / использует / использует и переносит _____

Работоспособность и темп деятельности: в пределах нормы / снижены / значительно снижены

Эмоционально-волевая сфера: _____

Контакт: контактен/ контакт затруднен/ не контактен/ негативизм/ аффективность /иное _____

Адекватность: _____ соответствует возрасту _____

Установление аналогий (простые/сложные): не устанавливает / после обучения / использует помощь / устанавливает самостоятельно _____

Понимание пословиц и метафор: отсутствует / конкретное / использует помощь при объяснении/ осмысленное понимание _____

Поведенческие нарушения: нет /да/ _____

Выявлена склонность к девиантному поведению: да / нет

Не нуждается / нуждается в социально-психологической профилактике в ОО.

Не нуждается / нуждается в обследовании / медикаментозной коррекции / психотерапии у психиатра по поводу нарушения поведения.

Результаты обследования по методике «Исследование структуры интеллекта» Д.Векслера:

ВИП: _____; НИП: _____; ОИП: _____ Дата _____ ФИО специалиста _____

Заключение педагога – психолога:

Развитие ВПФ соответствует возрасту.

Дефицитарное психическое развитие при нарушении слуха/зрения/ОДА/иное (указать) _____.

СДВГ/ТНР/ЗПР/РАС: Парциальное/искаженное развитие/ задержка развития ВПФ с преимущественной несформированностью/ с преобладанием регуляторного/ вербального/ когнитивного компонента/ когнитивной сферы/ эмоционально-волевых нарушений.

F70-71-72-73: Тотальное недоразвитие ВПФ легкой/средней/выраженной/тяжелой степени без поведенческих нарушений/аффективно-возбудимый/тормозимо-инертный вариант.

Примечания _____

ДАННЫЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Состояние общей и мелкой моторики: _____

Состояние устной речи:

Понимание обращенной речи: в полном объеме / частично / затруднено _____

Экспрессивная речь: отсутствует / лепетная речь / отдельные слова / фразовая речь (простая, распространенная) _____

Пассивный словарь: в пределах возрастной нормы / снижен/ значительно снижен / ограничен _____

Активный словарь: в пределах возрастной нормы / снижен/ значительно снижен / ограничен _____

Слоговая структура: не нарушена / нарушена во фразе /нарушена в сложных словах / грубо нарушена _____

Фонематические процессы: не сформированы / в стадии формирования / сформированы простые формы / в пределах возрастной нормы _____

Звукопроизношение: полиморфное нарушение / мономорфное нарушение/ НПОЗ / не нарушено

Дифференциация

Грамматический строй: не сформирован / множественные стойкие аграмматизмы / единичные аграмматизмы / в пределах возрастной нормы

Связная речь: не сформирована / простая фраза / развернутое высказывание

Особенности речи: эхолалии / наличие речевых штампов / запинки / заикание/

Состояние письменной речи:

Чтение:

Способ чтения: побуквенное / послоговое / словесно-фразовое

Понимание прочитанного: достаточное / частичное / не понимает

Понимание скрытого смысла: отсутствует / с помощью / понимает

Темп чтения: ускоренный / нормальный / замедленный

Интонационная характеристика: монотонное чтение / выразительное чтение

Пересказ: затруднен / с помощью / осуществляет

Специфические ошибки: отсутствуют / замены и смешения фонематически близких звуков и графически сходных букв / искажение звуко-слоговой структуры слова / аграмматизмы при чтении / бухштабирование

Письмо: сформировано / в стадии формирования / затруднено

Характер письма: только списывание / списывание, письмо под диктовку/списывание, под диктовку, самостоятельное

Специфические ошибки: отсутствуют / пропуски букв, слогов, слов / перестановки букв, слогов, слов/ замены букв (графически сходных, обозначающих акустически сходные звуки)/ неправильное написание предлогов и приставок/ искажение звуко-слоговой структуры слова/ искажение структуры предложения / аграмматизмы при письме

Орфографические ошибки: отсутствуют / присутствуют

Заключение учителя-логопеда:

До 3 лет: уровень речевого развития соответствует нормативно-возрастным показателям/ ЗРР.

Речь отсутствует. Речевые нарушения не выявлены.

Устная/письменная речь – вариант возрастной нормы.

НПОЗ/ФНР/ФФНР/ с элементами ЛГНР/ЛГНР. ТНР ОНР _____ уровня речевого развития.

Моторная/сенсомоторная алалия. Выход из моторной/сенсомоторной алалии.

Дизартрия. Стёртая дизартрия. Ринопалия. Заикание. Запинки в речи. Дисфония.

Нарушение формирования процессов чтения и письма/ трудности овладения чтением и письмом
Интерференция родного и иностранного языков. Овладение русским языком как иностранным /
организация дополнительных занятий по овладению русским языком
Специфическое расстройство речи у ребенка с РАС/ несформированность каллиграфических
навыков

Дисграфия _____

Дислексия. Дизорфография. Стойкая дизорфография.

Системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени/при нарушениях слуха

Примечания _____

ДАННЫЕ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Запас общих представлений об окружающем:

В пределах возрастной нормы / ограничен / значительно снижен _____

Социально-бытовая ориентация: _____

Сформирована по возрасту / в стадии формирования / не сформирована _____

Восприятие:

Цвет: основные и оттеночные цвета соотносит / различает / называет / не сформировано _____

Величина: соотносит / дифференцирует / называет / не сформировано _____

Форма: геометрические фигуры соотносит / различает / называет / не сформировано _____

Пространственно-временные представления:

Времена года: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Месяцы: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Части суток: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Ориентировка в схеме собственного тела: сформирована / в стадии формирования / не сформирована _____

Дифференцирование пространственных понятий: выше-ниже, дальше-ближе, справа-слева, впереди-сзади, вверху-внизу в центре, около / сформировано/ в стадии формирования/ не сформировано _____

Счет: механический/ количественный прямой _____ обратный _____;
операции с множествами: сформированы/ не сформированы _____

Вычислительные навыки: _____

Таблица умножения: _____

Метрическая система: _____

Решение уравнений: _____

Действия с дробями: _____

Решение задач: (простые / составные): решает самостоятельно / с помощью / не решает _____

Перенос алгоритма: _____

Характеристика принятия помощи/ обучаемость: _____

Заключение учителя-дефектолога:

Высокий/средний/сниженный/низкий уровень/тотальное снижение познавательной активности.
Недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия, зрительной памяти, зрительно-моторной координации
Уровень сформированности ЗУН достаточен для обучения по ООП/ОП ДО/ АООП/ АОП ДО, по СИПР для детей с _____

Примечания _____

Заключение врача-специалиста (педиатр, психиатр, невролог и др.):

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ТПМПК:

- Нуждается в специальных условиях для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (с отклонениями в развитии).*

Рекомендовано:

- Обучение по основной образовательной программе дошкольного образования*
- Обучение по основной общеобразовательной программе начального общего / основного общего/ среднего общего/среднего профессионального образования.*
- в диагностических целях обучение по адаптированной образовательной программе обучающихся с _____*
- Обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с _____*
- Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с _____*
- ФГОС НОО/ООО обучающихся с ОВЗ _____*
- Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) / тяжелыми множественными нарушениями развития (сложный дефект), учитывая особенности психофизического развития глухого/слабослышащего, слепого/слабовидящего/ ребенка с нарушениями ОДА/ расстройствами аутистического спектра/ умеренной/тяжелой/глубокой умственной отсталостью _____*
- Профессиональное обучение обучающихся с легкой/умеренной умственной отсталостью.*
- Реабилитация в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида*
- Создание условий при организации обучения, учитывающих состояние здоровья ребенка, а также особенности психофизического развития по медицинским показаниям, согласно рекомендациям учреждения здравоохранения.*
- Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, и методов в соответствии с программой и индивидуальными возможностями ребенка.*
- Коррекционно-развивающие занятия с учителем-дефектологом, педагогом-психологом, учителем-логопедом _____*
- Лечение/наблюдение/обследование _____*

Нуждается

- В предоставлении услуг ассистента (помощника)/тьютора*

- В постоянной помощи, надзоре и организации комплексных мероприятий по воспитанию и реабилитации** в связи с риском декомпенсации по основному и сопутствующим заболеваниям, с серьезными соматическими заболеваниями, нарушением иммунитета и грубым расстройством поведения. (Психическая и физическая нагрузка, связанная с процессом обучения, дополнительные контакты с людьми у такого ребенка приведут к соматическим осложнениям и к тяжелым психопатическим реакциям).
- Направляется на врачебно-консультационную комиссию** учреждения здравоохранения для решения вопроса об индивидуальном обучении на дому.

Срок повторного прохождения ПМПК: _____

Особые мнения _____

Руководитель/Зам. руководителя: _____ / _____ /

Члены комиссии:

_____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /

М.П.

Приложение №8
к распоряжению Комитета по образованию
от « 28 » 08 2023 № 318/01-03

Комитет по образованию администрации МО
«Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМ и СП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ВСЕВОЛОЖСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН»
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Протокол № _____ от « _____ » _____ 202_ г.

(ФИО)

(дата рождения)

Адрес: _____

ВЫВОДЫ КОМИССИИ

Основные особенности обучающегося, определяющие необходимость/отсутствие необходимости создания специальных условий получения образования: _____

Является/не является ребенком с ограниченными возможностями здоровья (с отклонениями в развитии).
Нуждается/не нуждается в специальных условиях для получения образования.

РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ

Образовательная программа: _____

Сроки обучения: _____

Форма получения образования: в образовательной организации/на дому.

Обеспечение архитектурной доступности: нуждается/не нуждается.

Специальные технические средства обучения: не нуждается/нуждается в соответствии с рекомендованной образовательной программой, а также с Приказом Минпросвещения России от 22.03.2021 г. №115/Приказом Минпросвещения России от 31.07.2020 г. №373.

Предоставление услуг ассистента (помощника): _____; тьютора: _____.

Специальные учебники и пособия: _____

Другие специальные условия: не нуждается/нуждается в реабилитации в соответствии с ИПРА ребенка – инвалида.

Направления коррекционно-развивающей работы: подгрупповые и индивидуальные занятия с _____

Срок повторного прохождения ПМПК: по запросу ППК ОО или родителей (законных представителей).

Примечания (особые мнения): _____

Заключение комиссии действительно для предоставления в образовательные организации в течение календарного года с даты его подписания (п.23 Приказа Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082)

Руководитель комиссии/зам.руководителя комиссии _____ (подпись/расшифровка)

Члены комиссии _____ (должность/подпись/расшифровка)

МП

С рекомендацией ознакомлен(а), претензий к процедуре проведения не имею

Подпись _____ расшифровка подписи _____

Приложение №9
к распоряжению Комитета по образованию
от « 28 » 08 2023 № 28/01-03

Комитет по образованию администрации МО
«Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМ и СП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprrk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ВСЕВОЛОЖСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН»
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ
УЧАСТНИКА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
Протокол № _____ от « _____ » _____ 202__ г.

_____ (ФИО)

_____ (дата рождения)

_____ (адрес)

Основные особенности обучающегося, определяющие необходимость создания специальных условий при проведении ГИА: (например, задержка развития высших психических функций с преобладанием регуляторного, вербального, когнитивного компонента. Низкий уровень познавательной активности. Стойкая дизорфография).

ВЫВОДЫ КОМИССИИ

Относится к участнику государственной итоговой аттестации по образовательным программам **основного общего образования/основного среднего образования** следующей категории (нужное выбрать)*:

- Обучающийся с ОВЗ _____ (указать категорию обучающегося с ОВЗ); ранее выданное заключение ПМПК о создании специальных условий образования обучающемуся с ОВЗ № __, дата __, наименование ПМПК/медицинское заключение об актуальном состоянии здоровья № __, дата __, наименование медицинской организации.
- Ребенок-инвалид (справка МСЭ серия __, № __, срок до __).
- Обучающийся по состоянию здоровья на дому (заключение врачебной комиссии об обучении на дому № __, дата __, наименование медицинской организации).
- Обучающийся в медицинской организации (медицинское заключение, подтверждающее факт нахождения обучающегося в медицинской организации в период проведения ГИА № __, дата __, наименование медицинской организации).

Нуждается /не нуждается в организации проведения ГИА в специальных условиях, учитывающих состояние здоровья, особенности психофизического развития.

РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ ПО СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИА

Проведение ГИА в форме _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: проведение ГИА в форме государственного выпускного экзамена (ГВЭ) или по отдельным учебным предметам по желанию в форме основного государственного экзамена (ОГЭ). При этом допускается сочетание форм проведения ГИА (ОГЭ и ГВЭ). Проведение ГИА только по обязательным учебным предметам (по русскому языку и математике) по желанию. Проведение ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме по желанию.
- ГИА-11: проведение ГИА в форме государственного выпускного экзамена (ГВЭ) или по отдельным учебным предметам по желанию в форме единого государственного экзамена (ЕГЭ). При этом допускается сочетание форм проведения ГИА (ЕГЭ и ГВЭ). Проведение ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме по желанию.

Продолжительность экзамена _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: увеличение продолжительности экзаменов по учебным предметам на 1,5 часа.
- ГИА-11: увеличение продолжительности экзаменов по учебным предметам на 1,5 часа. Увеличение продолжительности ЕГЭ по иностранным языкам (раздел «Говорение») на 30 минут.

Итоговое собеседование/сочинение (изложение) _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку на 30 минут. Не нуждается в изменении минимального количества баллов за выполнение всей работы, необходимого для получения «зачета» при итоговом собеседовании.
- ГИА-9: увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку на 30 минут. Нуждается в изменении минимального количества баллов за выполнение всей работы, необходимого для получения «зачета» при итоговом собеседовании.
- ГИА-11: увеличение продолжительности итогового сочинения (изложения) на 1,5 часа.

Работа ассистента: _____

Аудитория ППЭ: _____

Организация ППЭ: _____

Оформление работы: _____

Оформление КИМ: _____

Другие условия: _____ (нужное выбрать)*:

- Возможность двигательной активности (встать, размяться) для снятия статических нагрузок.
- Организация питания и перерывов для проведения необходимых лечебных и профилактических мероприятий.
- Специальное оборудование рабочего места, конторка.
- Обеспечение беспрепятственного доступа в аудитории, туалетные и иные помещения, а также пребывания в указанных помещениях (с учетом зрительных нарушений) и др.

Примечания (особые мнения): _____ (нужное выбрать)*:

- Обучающийся не владеет языком жестов.
- Выраженные артикуляционные нарушения, обусловленные ДЦП.
- Нечеткость звукопроизношения, обусловленная нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата.
- Нарушение двигательно-координаторных функций, затрудняющих письмо.
- Отсутствует ответная и (или) спонтанная речь.
- Обучающийся не вступает с окружающими в контакт и др.

Заключение комиссии действительно для предоставления в образовательные организации в течение календарного года с даты его подписания (п.23 Приказа Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082)

Руководитель комиссии/зам.руководителя комиссии _____ (подпись/расшифровка)

Члены комиссии _____ (должность/подпись/расшифровка)

МП

С рекомендацией ознакомлен(а), претензий к процедуре проведения не имею

Подпись _____ расшифровка подписи _____