



**Администрация Октябрьского района  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ**

**П Р И К А З**

« 1 » февраля 2022 г.

№ 50 - од

пгт. Октябрьское

**О внесении изменений в приказ Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района от 30.12.2020 № 1053-од «О территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района»**

В соответствии с приказом Департамента образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 28.01.2022 № 10-П-84 «Об утверждении форм документов, используемых в работе психолого-медико-педагогических комиссий Ханты-Мансийского автономного округа-Югры»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. В преамбуле приказа Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района от 30.12.2020 № 1053-од «О территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района» слова «от 10.09.2019 № 1144» заменить словами «от 28.01.2022 № 10-П-84».

2. Изложить состав территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района, утвержденный приложением 1 к приказу от 30.12.2020 № 1053-од, в новой редакции, согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

3. График работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района, утвержденный приложением 4 к приказу от 30.12.2020 № 1053-од, в новой редакции, согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

4. Внести в Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района, утвержденный приложением 5 к настоящему приказу (далее – Порядок), следующие изменения:

4.1. Пункты 4.1 и 4.9 изложить в следующей редакции:

«4.1. Основанием для обследования детей на Комиссии является заявление, согласие родителей (законных представителей), детей, достигших возраста 15 лет, согласие на обработку персональных данных, согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет, согласие на проведение медицинского обследования родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство (приложение 5), направление образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций (приложение 6) с письменного согласия их родителей (законных представителей) и детей, достигших возраста 15 лет».

«4.9. В ходе обследования ребенка Комиссией ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах Комиссии, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение Комиссии (приложение 9)».

4.2. Приложения 4, 5, 6, 7, 8, 9 к Порядку изложить в новой редакции, согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

5. Специалисту-эксперту отдела общего образования Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района, секретарю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района Васильевой И.Б. довести данный приказ до сведения организаций, осуществляющих взаимодействие с территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Октябрьского района и разместить на сайте Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района.

6. Руководителям образовательных организаций Октябрьского района обеспечить информирование родителей (законных представителей) об изменении форм документов, используемых в работе территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель главы Октябрьского района  
по социальным вопросам, начальник  
Управления образования и молодежной  
политики администрации Октябрьского района



Т.Б. Киселева

Исполнитель:  
специалист-эксперт отдела общего образования  
Управления образования и молодежной политики  
администрации Октябрьского района  
Васильева Инесса Борисовна  
тел. (34678) 2-80-59  
эл. адрес: VasilyevaIB@oktregion.ru

**РАССЫЛКА:**

В дело - 1 экз.  
Начальнику Управления – 1 экз.  
В отдел общего образования- 1 экз.  
В образовательные организации – 35 экз.  
БУ ХМАО-Югры «Октябрьская РБ»– 1 экз.  
Управление опеки и попечительства – 1 экз.



Приложение 1 к приказу  
от «1» февраля 2022 г. № 50-од  
«Приложение 1  
к приказу от 30.12.2020 № 1053-од

**Состав**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**  
**Октябрьского района**

Председатель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии	Киселева Татьяна Борисовна, заместитель главы Октябрьского района, начальник Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района
Заместитель председателя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии	Габдулисманова Светлана Николаевна, заместитель начальника Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района
Секретарь территориальной психолого-медико-педагогической комиссии	Васильева Инесса Борисовна, специалист-эксперт отдела общего образования Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района

**Члены территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:**

учитель-дефектолог (олигофренопедагог)	Галимова Елена Николаевна, учитель-дефектолог муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Андринская средняя общеобразовательная школа»
учитель-логопед	Борохова Ирина Викторовна, учитель-логопед муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Приобская средняя общеобразовательная школа»
	Чухманова Наталья Сергеевна, учитель-логопед муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Андринская средняя общеобразовательная школа»
педагог-психолог	Тренина Лариса Владимировна, педагог-психолог муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Андринская средняя общеобразовательная школа»
педагог-психолог	Гущина Мария Юрьевна, педагог-психолог муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Приобская средняя общеобразовательная школа»
врач педиатр	Вычугжанина Елена Викторовна, участковый врач-педиатр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного

	округа-Югры «Октябрьская районная больница» (по согласованию)
врач психиатр	Курто Екатерина Юрьевна, врач – психиатр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Октябрьская районная больница» (по согласованию)
клинический психолог	Тренина Надежда Ивановна, клинический психолог бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Октябрьская районная больница» (по согласованию)
специалист Управления опеки и попечительства администрации Октябрьского района	Калачева Анна Викторовна, заведующий отделом профилактики и контроля Управления опеки и попечительства администрации Октябрьского района
социальный педагог	Акназарова Раиса Саитовна, социальный педагог муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Приобская начальная общеобразовательная школа»
врач педиатр	привлеченный специалист (по согласованию)
врач невролог	привлеченный специалист (по согласованию)
врач офтальмолог	привлеченный специалист (по согласованию)
врач отоларинголог	привлеченный специалист (по согласованию)
врач ортопед	привлеченный специалист (по согласованию)

».



Приложение 2 к приказу  
№ 1 от 15 февраля 2022 г. № 50-од  
«Приложение 4  
к приказу от 30.12.2020 № 1053-од

### График работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района

№ п/п	Срок проведения	Срок предоставления документов	Место проведения	Ответственный
1	январь, февраль, март, апрель, май, июнь, октябрь, ноябрь, декабрь (при наличии заявлений)	до 15 числа ежемесячно	территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Октябрьского района	Васильева И.Б.
2	при необходимости, внепланово		территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Октябрьского района	Васильева И.Б.

Примечание: формирование записи на обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района производится в отделе общего образования Управления образования и молодежной политики администрации Октябрьского района (кабинет 317).

Документы направляются секретарю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Октябрьского района (Васильева И.Б.) в электронном виде ZIP – архивом на e-mail: VasilyevaIB@oktregion.ru и письменном виде, телефон для справок: 8 (34678) 2-80-59.

».



Приложение 3 к приказу  
от «1» февраля 2022 г. № 50-од

Приложение 4 к порядку работы  
территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Октябрьского района

### ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ\*

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

1. ФИО ребенка: \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_
3. Инвалидность: да/нет № \_\_\_\_\_ срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
4. Медицинское заключение ВК да/нет № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
5. Инициатор обращения в ПМПК: самостоятельно / направлен ОО/ медицинским учреждением / учреждением социальной защиты / правоохранительными органами/  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Адрес регистрации ребенка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Регистрация постоянная / временная

7. Семья: полная / неполная / многодетная (детей \_\_\_\_\_) / мать-одиночка / ребенок из семьи мигрантов / ребенок двуязычной семьи / ребенок под опекой / ребенок усыновлен

8. Ф.И.О. законного представителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. законного представителя: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

9. Сведения об образовании

Наименование ОО: \_\_\_\_\_

Округ ОО: \_\_\_\_\_

Посещал / не посещал / посещает в настоящее время ОО

ОО: государственная / негосударственная \_\_\_\_\_

уровень образования: дошкольный; начальный общий; основной общий; средний общий; общий; СПО

группа / класс \_\_\_\_\_

форма обучения: очная; очно-заочная; заочная; семейное; самообразование

образовательная программа \_\_\_\_\_

реализация образовательной программы с применением электронного обучения; дистанционных образовательных технологий: да / нет

организация обучения: в образовательной организации; на дому; в санаторной ОО; в медицинской организации

**10. Сведения из истории развития ребенка:** (имеется / не имеется) \_\_\_\_\_

Беременность по счету \_\_\_\_ Особенности протекания: (токсикоз / резус конфликт / угроза выкидыша)

Перенесенные заболевания во время беременности  
\_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_ на какой неделе \_\_\_\_ самостоятельные / оперативные / родовспоможение

Родовая травма (да / нет) Асфиксия (да / нет) Шкала Апгар \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

**Психомоторное развитие до трех лет:** по возрасту / с задержкой / с опережением

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наблюдение специалистов \_\_\_\_\_

**Речевое развитие ребенка:** по возрасту / с задержкой / с опережением;

гуление \_\_\_\_\_; лепет \_\_\_\_\_; первые слова \_\_\_\_\_; речь фразой \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования

/не сформированы / грубо нарушены / \_\_\_\_\_

**Развитие ребенка после трех лет:** перенесенные заболевания / травмы / случаи пребывания в больнице / болеющий

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **11. Результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов**

**11.1. Результаты обследования ребенка педагогом-психологом** (особенности эмоционально-волевой сферы и поведения, операциональные характеристики деятельности, развитие высших психических функций)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Выводы** (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации, специфические и неспецифические дисфункции, наличие и вероятные причины отклонений, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы педагога-психолога)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11.2. Результаты обследования ребенка учителем-дефектологом** (соответствие/несоответствие знаниям по основным предметам (математика, русский язык,

чение) требованиям программы, игровая деятельность, виды необходимой помощи, уровень обучаемости)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Выводы** (рекомендуемый вариант ООП/АООП, направления коррекционно-развивающей работы учителя-дефектолога)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**11.3. Результаты обследования ребенка учителем-логопедом** (состояние и подвижность артикуляционного аппарата, состояние мелкой моторики, понимание речи, темп, внятность, характеристика речи, звукопроизношение, фонематические процессы, словарный запас, грамматический строй, характеристики чтения и письма)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Выводы** (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы учителя-логопеда)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**11.4. Результаты обследования ребенка социальным педагогом** (условия жизни и воспитания ребёнка, степень его социопсихологической адаптированности)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Выводы** (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии, рекомендуемые направления коррекционной работы социального педагога)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**11.5. Результаты обследования ребенка другими специалистами**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Выводы**

\_\_\_\_\_  
**12. Особые мнения специалистов (при наличии)**



**13. Заключение комиссии о необходимости создания специальных условий получения образования**

**14. Перечень документов, представленных для проведения обследования**

№	Перечень документов для проведения обследования	
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии	
2.	Согласие на обработку персональных данных	
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет	
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)	
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка	
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)	
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)	
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)	
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)	
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)	
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка	
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)	
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)	
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))	

Председатель /заместитель председателя ТПМПК Октябрьского района \_\_\_\_\_ //

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ //

Врач-педиатр \_\_\_\_\_ //

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ //

Социальный педагог \_\_\_\_\_ //

Клинический психолог \_\_\_\_\_ //

Специалист Управления опеки и попечительства \_\_\_\_\_ //

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

**М. П.**

\* пункты 1- 10 протокола обследования формируются в «АИС ПМПК».

Приложение 5 к порядку работы  
территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Октябрьского района

Руководителю

\_\_\_\_\_ *официальное наименование ПМПК*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью*

\_\_\_\_\_ *документ, удостоверяющий личность*

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое проживание: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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

\_\_\_\_\_ регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА и др.)

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

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

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Октябрьского района:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной

	организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

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

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Руководителю

\_\_\_\_\_

официальное наименование ПМПК

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое проживание: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

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

### СОГЛАСИЕ

Согласен(а) на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА и др.)

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

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

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Октябрьского района:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)

8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

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

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

\_\_\_\_\_  
 (подпись) / (расшифровка подписи)

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан \_\_\_\_\_

(орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, а также персональных данных моего ребенка** \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

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

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности,

(полное наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

с местом нахождения по адресу: \_\_\_\_\_

(почтовый адрес психолого-медико-педагогической комиссии)

и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

**Подтверждаю** согласие на следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес ПМПК с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ *официальное наименование ПМПК*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. заявителя*

\_\_\_\_\_ *регистрация по месту жительства  
(фактического проживания)*

**Согласие на проведение медицинского обследования  
лица, достигшего возраста 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

Паспорт № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *(кем выдан, дата выдачи)*

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Октябрьского района. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

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

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*

**Согласие на проведение медицинского обследования  
родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет или лица,  
признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по  
своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

*(кем выдан, дата выдачи)*

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии моего ребенка

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Октябрьского района. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

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

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*



Приложение 6 к порядку работы  
территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Октябрьского района

Руководителю

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*официальное наименование ПМПК*

**Направление на обследование  
центральной/территориальной психолого-медико-педагогической комиссией**

\_\_\_\_\_

*официальное наименование ПМПК*

\_\_\_\_\_

*наименование образовательной организации, организации, осуществляющей социальное  
обслуживание, медицинской организации, другой организации*

\_\_\_\_\_

*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

на обследование специалистами центральной/территориальной психолого-медико-  
педагогической комиссии \_\_\_\_\_  
с целью (в связи с) \_\_\_\_\_

Приложение:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в  
ПМПК.*

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

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(подпись)*

*(расшифровка подписи)*

М.П.

**Официальный бланк образовательной организации**

**Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума**  
(наименование образовательной организации)

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

Общие сведения

ФИО обучающегося

Дата рождения обучающегося

Образовательная программа

Причина направления на ППк:

Класс/группа

Коллегиальное заключение ППк

*Выводы об имеющихся у ребенка трудностях (без указания диагноза) в развитии, обучении, адаптации (исходя из актуального запроса) и о мерах, необходимых для разрешения этих трудностей, включая определение видов, сроков, оказания психолого-медико-педагогической помощи.*

Рекомендации педагогам \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендации родителям \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Приложение (планы коррекционно-развивающей работы, индивидуальный образовательный маршрут и другие необходимые материалы):

Председатель ППк \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

Члены ППк:

И.О. Фамилия

И.О. Фамилия

С решением ознакомлен (а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного  
представителя)

С решением согласен (на) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя)

С решением согласен (на) частично, не согласен (на) с пунктами:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя)

## Официальный бланк образовательной организации

### Характеристика обучающегося

(Представление психолого-педагогического консилиума  
на обучающегося для предоставления на ПМПК)  
(ФИО, дата рождения, группа, класс)

Общие сведения:

дата поступления в образовательную организацию;

программа обучения (полное наименование);

форма организации образования:

1. в группе/классе

группа: комбинированной направленности, компенсирующей направленности, общеразвивающая, присмотра и ухода, кратковременного пребывания, Лекотека и др.);

класс: общеобразовательный, отдельный для обучающихся с ...;

2. на дому;

3. в форме семейного образования;

4. сетевая форма реализации образовательных программ;

5. с применением дистанционных технологий

- факты, способные повлиять на поведение и успеваемость ребенка (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (причины), перевод в состав другого класса, замена учителя начальных классов (однократная, повторная), межличностные конфликты в среде сверстников, конфликт семьи с образовательной организацией, обучение на основе индивидуального учебного плана надомное обучение, повторное обучение, наличие частых, хронических заболеваний или пропусков учебных занятий и др.;

- состав семьи (перечислить, с кем проживает ребенок – родственные отношения и количество детей/взрослых);

- трудности, переживаемые в семье (материальные, хроническая психотравматизация, особо отмечается наличие жестокого отношения к ребенку, факт проживания совместно с ребенком родственников с асоциальным или антисоциальным поведением, психическими расстройствами - в том числе братья/сестры с нарушениями развития, а также переезд в другие социокультурные условия менее чем 3 года назад, плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи, низкий уровень образования членов семьи, больше всего занимающихся ребенком

Информация об условиях и результатах образования ребенка в образовательной организации:

1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент поступления в образовательную организацию: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отставало, отставало, неравномерно отставало, частично опережало).

2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент подготовки характеристики: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отстает, отстает, неравномерно отстает, частично опережает).

3. Динамика (показатели) познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития (по каждой из перечисленных линий): крайне незначительная, незначительная, неравномерная, достаточная.

4. Динамика (показатели) деятельности (практической, игровой, продуктивной) за период нахождения в образовательной организации (для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)).

5. Динамика освоения программного материала:

- программа, по которой обучается ребенок (авторы или название ОП/АОП);

- соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы или, для обучающегося по программе дошкольного образования: достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного, среднего, профессионального образования: достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях: (фактически отсутствует, крайне незначительна, невысокая, неравномерная).

6. Особенности, влияющие на результативность обучения: мотивация к обучению (фактически не проявляется, недостаточная, нестабильная), сензитивность в отношении с педагогами в учебной деятельности (на критику обижается, дает аффективную вспышку протеста, прекращает деятельность, фактически не реагирует, другое), качество деятельности при этом (ухудшается, остается без изменений, снижается), эмоциональная напряженность при необходимости публичного ответа, контрольной работы и пр. (высокая, неравномерная, нестабильная, не выявляется), истощаемость (высокая, с очевидным снижением качества деятельности и пр., умеренная, незначительная) и др.

7. Отношение семьи к трудностям ребенка (от игнорирования до готовности к сотрудничеству), наличие других родственников или близких людей, пытающихся оказать поддержку, факты дополнительных (оплачиваемых родителями) занятий с ребенком (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, репетиторство).

8. Получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (конкретизировать); (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, учителем начальных классов - указать длительность, т.е. когда начались/закончились занятия), регулярность посещения этих занятий, выполнение домашних заданий этих специалистов, динамика коррекции нарушений

9. Характеристики взросления (для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным поведением):

- хобби, увлечения, интересы (перечислить, отразить их значимость для обучающегося, ситуативность или постоянство пристрастий, возможно наличие травмирующих переживаний - например, запретили родители, исключили из секции, перестал заниматься из-за нехватки средств и т.п.);

- характер занятости во внеучебное время (имеет ли круг обязанностей, как относится к их выполнению);

- отношение к учебе (наличие предпочитаемых предметов, любимых учителей);

- отношение к педагогическим воздействиям (описать воздействия и реакцию на них);

- характер общения со сверстниками, одноклассниками (отвергаемый или отесненный, изолированный по собственному желанию, неформальный лидер);

- значимость общения со сверстниками в системе ценностей обучающегося (приоритетная, второстепенная);

- значимость виртуального общения в системе ценностей обучающегося (сколько времени по его собственному мнению проводит в социальных сетях);

- способность критически оценивать поступки свои и окружающих, в том числе антиобщественные проявления (не сформирована, сформирована недостаточно, сформирована "на словах");

- самосознание (самооценка);

- принадлежность к молодежной субкультуре(ам);

- особенности психосексуального развития;

- религиозные убеждения (не актуализирует, навязывает другим);

- отношения с семьей (описание известных педагогам фактов: кого слушается, к кому привязан, либо эмоциональная связь с семьей ухудшена/утрачена);

- жизненные планы и профессиональные намерения.

Поведенческие девиации (для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным поведением):

- совершенные в прошлом или текущие правонарушения;

- наличие самовольных уходов из дома, бродяжничество;

- проявления агрессии (физической и/или вербальной) по отношению к другим (либо к животным), склонность к насилию;
- оппозиционные установки (спорит, отказывается) либо негативизм (делает наоборот);
- отношение к курению, алкоголю, наркотикам, другим психоактивным веществам (пробы, регулярное употребление, интерес, стремление, зависимость);
- сквернословие;
- проявления злости и/или ненависти к окружающим (конкретизировать);
- отношение к компьютерным играм (равнодушен, интерес, зависимость);
- повышенная внушаемость (влияние авторитетов, влияние дисфункциональных групп сверстников, подверженность влиянию моды, средств массовой информации и пр.);
- дезадаптивные черты личности (конкретизировать).

10. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы (конкретизировать).

11. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и/или условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Дата составления документа.

Подпись председателя ППк. Печать образовательной организации.

***Дополнительно:***

1. Для обучающегося по АОП – указать коррекционно-развивающие курсы, динамику в коррекции нарушений.

2. Приложением к Представлению для школьников является табель успеваемости, заверенный личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации;

3. Представление заверяется личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации

4. Представление может быть дополнено исходя из индивидуальных особенностей обучающегося.

5. В отсутствие в образовательной организации психолого-педагогического консилиума, Представление готовится педагогом или специалистом психолого-педагогического профиля, в динамике наблюдающим ребенка (воспитатель/ учитель начальных классов/ классный руководитель/мастер производственного обучения/тьютор/психолог/дефектолог).

Штамп  
медицинской  
организации

**Выписка из истории развития ребенка для предоставления на ПМПК**

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения, возраст \_\_\_\_\_

**Сведения из истории развития ребенка**

Беременность по счету \_\_\_\_\_ Особенности протекания: (токсикоз / резус конфликт / угроза выкидыша)

Перенесенные заболевания во время беременности \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_ на какой неделе \_\_\_\_\_ самостоятельные / оперативные / родовспоможение

Родовая травма (да / нет) Асфиксия (да / нет) Шкала Апгар \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

Психомоторное развитие до трех лет: по возрасту / с задержкой / с опережением

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наблюдение специалистов \_\_\_\_\_

Речевое развитие ребенка: по возрасту / с задержкой / с опережением;

гуление \_\_\_\_\_; лепет \_\_\_\_\_; первые слова \_\_\_\_\_; речь фразой \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования

/не сформированы / грубо нарушены / \_\_\_\_\_

Развитие ребенка после трех лет: перенесенные заболевания / травмы / случаи пребывания в больнице / болеющий

**Заключения врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации  
по месту жительства (регистрации)**

Отоларинголог \_\_\_\_\_

Офтальмолог \_\_\_\_\_

Ортопед \_\_\_\_\_

Педиатр \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

Психиатр (с указанием сведений об интеллектуальном развитии, других расстройствах по МКБ-10) \_\_\_\_\_

Подпись специалиста, заполняющего выписку

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

М.П.

(Официальный бланк психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

о создании условий при проведении государственной итоговой аттестации  
по образовательным программам основного общего/среднего общего образования

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Обучающийся: \_\_\_\_\_ класса

Наименование образовательной организации: \_\_\_\_\_

Обследование на ПМПК проводится первично/повторно: \_\_\_\_\_

Обучающийся (несовершеннолетний/совершеннолетний) является/не является лицом с  
ограниченными возможностями здоровья: \_\_\_\_\_

Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть) для создания условий при проведении итогового  
собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), ГИА по образовательным  
программам основного общего образования, ГИА по образовательным программам среднего  
общего образования

Справка МСЭ (при наличии) № \_\_\_\_\_ на срок до \_\_\_\_\_

Заключение ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Медицинское заключение (при наличии) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Основание для выбора формы ГИА (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_

Основание для создания специальных условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_

Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации (указать в  
зависимости от психофизических возможностей здоровья в соответствии с пунктами 44 и 53  
приказов Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по  
надзору в сфере образования и науки от 07.11.2018 № 189/1513 и № 190/1512, соответственно):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Председатель /заместитель председателя ТПМПК Октябрьского района \_\_\_\_\_ //

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ //

Врач-педиатр \_\_\_\_\_ //

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ //

Социальный педагог \_\_\_\_\_ //

Клинический психолог \_\_\_\_\_ //

Специалист Управления опеки и попечительства \_\_\_\_\_ //

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

(Официальный бланк психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
о направлении на дообследование

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Уровень образования: \_\_\_\_\_

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Обследование на ПМПК проводится первично/повторно: \_\_\_\_\_

**Рекомендации ПМПК:**

Рекомендовано повторное прохождение ПМПК после дообследования

(специальность врача)

с целью \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Председатель /заместитель председателя ТПМПК Октябрьского района \_\_\_\_\_ //

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ //

Врач-педиатр \_\_\_\_\_ //

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ //

Социальный педагог \_\_\_\_\_ //

Клинический психолог \_\_\_\_\_ //

Специалист Управления опеки и попечительства \_\_\_\_\_ //

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

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

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)



(Официальный бланк психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

о создании условий получения образования / об организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_

Образовательная программа: \_\_\_\_\_

Вариант: \_\_\_\_\_

Предоставление услуг ассистента (помощника): \_\_\_\_\_

Специальные методы обучения: \_\_\_\_\_

Специальные учебники/учебные пособия: \_\_\_\_\_

**Специальные технические средства обучения:** \_\_\_\_\_

Специальные условия организации среды: \_\_\_\_\_

Тьюторское сопровождение: \_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы: \_\_\_\_\_

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог, тифлосурдопедагог): \_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_

Другие условия: \_\_\_\_\_

Условия организации индивидуальной профилактической работы: \_\_\_\_\_

Дата повторного прохождения ПМПК: \_\_\_\_\_

Председатель /заместитель председателя ТПМПК Октябрьского района \_\_\_\_\_ //

Врач-психиатр \_\_\_\_\_ //

Врач-педиатр \_\_\_\_\_ //

Педагог-психолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_ //

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ //

Социальный педагог \_\_\_\_\_ //

Клинический психолог \_\_\_\_\_ //

Специалист Управления опеки и попечительства \_\_\_\_\_ //

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

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

\* Бланк заключения о создании условий получения образования / об организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением применяется в случаях, не предусмотренных «АИС ПМПК»

