



**Управление образования администрации муниципального
образования городского округа "Сыктывкар"
(УО АМО ГО «Сыктывкар»)
«Сыктывкар» кар кытшын муниципальной юкӧнлӧн
администрацияса йӧзӧс велӧдӧмӧн веськӧдланӧн**

ПРИКАЗ

«08» мая 20 18 г.

№ 469

О внесении изменений в приказ управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар» от 26.08.2016 № 767
«Об организации деятельности

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии»

Во исполнение Федерального закона Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федерального закона Российской Федерации от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», Федерального закона Российской Федерации от 28.12.2010 № 427-ФЗ и внесенными изменениями в действующий Федеральный закон от 24.06.1999 № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» в ст. 26 п.4.1; приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»; приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.08.2013 № 1015 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего образования»; письма министерства образования и науки Российской Федерации от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий»; приказа управления образования администрации МО ГО «Сыктывкар» от 26.08.2016 № 767 «Об организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ управления образования администрации МО ГО «Сыктывкар» от 26.08.2016 № 767 «Об организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии» следующие изменения:

1.1. Приложение № 2 изложить в редакции согласно приложению № 1 к настоящему приказу.

1.2. Приложение № 3 изложить в редакции согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

1.3. Приложение № 4 изложить в редакции согласно приложению № 3 к настоящему приказу.

1.4. Приложение № 5 изложить в редакции согласно приложению № 4 к настоящему приказу.

1.5. Приложение № 7 изложить в редакции согласно приложению № 5 к настоящему приказу.

2. Утвердить:

2.1. Форму согласия родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка согласно приложению № 6 к настоящему приказу.

2.2. Форму направления образовательной организации на проведение ПМПК для обследования учащихся согласно приложению № 7 к настоящему приказу.

2.3. Форму направления ребенка на Центральную ПМПК согласно приложению № 8 к настоящему приказу.

2.4. Форму заключения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии для прохождения ГИА согласно приложению № 9 к настоящему приказу.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника управления образования администрации МО ГО «Сыктывкар» Михайлову Л.В.

И.о начальника управления образования



Л.В. Михайлова

Приложение № 1
к приказу управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «08» мая 2018 г. № 469

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕН
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «26» августа 2016 г. № 467

ПРОТОКОЛ № _____
Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК)

Фамилия, имя, отчество _____

Дата рождения _____

Кем направлен на комиссию _____

Домашний адрес, телефон _____

Школа (класс), ДОУ (группа) _____

Ф.И.О., возраст и профессия родителей:

мать: _____

отец: _____

Сведения о наличии инвалидности: № св-ва _____

Перечень документов, представленных на ПМПК

- заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;
- копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- копия документа, удостоверяющего личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;
- направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
- заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)
- заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
- подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций)
- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
- копия справки бюро МСЭ об установлении ребенку инвалидности (при наличии)
- копия акта врачебно-консультационной комиссии (ВКК) или клинико-экспертной комиссии (КЭК) с рекомендациями о необходимости индивидуального обучения (при наличии)
- _____
- _____

Анамнестические сведения:

Здоровье

родителей _____

Как протекала беременность и роды _____

Особенности раннего развития _____

Перенесенные заболевания _____

Данные медико-педагогического обследования:

Данные медицинского обследования: ЛОР _____

Офтальмолог _____

Психиатр _____

Ортопед, хирург _____

Невролог _____

Данные психолого-педагогического обследования:

Легко ли вступает в контакт _____

Сведения о себе, об окружающем _____

Особенности восприятия картин, текстов _____

Восприятие времени _____

Восприятие пространства _____

Особенности внимания _____

Особенности памяти _____

Особенности мышления _____

Особенности речи _____

Сформированность учебных знаний, умений, навыков в соответствии с возрастом _____

Целенаправленность деятельности _____

Особенности эмоционально-волевой сферы и поведения _____

Усидчивость в работе, работоспособность _____

Умение использовать помощь _____

Особое мнение специалистов _____

Заключение ТПМПК:

По итогам проведенного психолого-медико-педагогического обследования ребенку (ребенку-инвалиду) подтвержден/ не подтвержден (нужное подчеркнуть) статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья».

1. Выявлены трудности в обучении, воспитании, развитии, социальной адаптации (нужное подчеркнуть) обусловленные: _____

2. Обучение по

Основной общеобразовательной программе (нужное подчеркнуть)

– образовательной программе НОО;

– образовательной программе ООО;

– образовательной программе СОО;

– АООП для обучающихся с _____ вариант _____ класс _____

3. Форма обучения – очное, очно-заочное, заочное (нужное подчеркнуть)

4. Форма получения образования – _____

5. Особенности организации образовательного процесса (нужное подчеркнуть)

– в образовательном процессе учитывать психофизические особенности и индивидуальные возможности ребенка (ребенка-инвалида);

– возможна организация обучения с учетом особых образовательных потребностей в очно-заочной/заочной форме (нужное подчеркнуть);

– возможна организация обучения по индивидуальному учебному плану, в т.ч. на дому (по месту проживания) при наличии акта врачебной комиссии лечебно – профилактического учреждения.

6. Нуждается в специальных образовательных условиях для получения качественного образования с учетом основного нарушения (нужное подчеркнуть):

– использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов;

– использование специальных технических средств обучения (коллективного/индивидуального пользования);

– использование индивидуальных адаптированных дидактических материалов;

– необходимо предусмотреть на учебных занятиях размещение ребенка вблизи источника звука (1-2 парта);

– необходимо четкое проговаривание учебного материала, четкая артикуляция педагога;

– необходимы перерывы для проведения санитарно-гигиенических процедур;

– использование альтернативного формата печатных материалов (крупный шрифт);

– использование аудиофайлов;

– увеличение времени на выполнение самостоятельных, контрольных работ;

– проведение медико-профилактических процедур (прием лекарственных препаратов, проведение инъекций, использование ингалятора);

7.

– нуждается в предоставлении услуг ассистента (помощника) с учетом рекомендаций ИПРА.

– нуждается в сопровождении тьютора _____

8. Нуждается в обеспечении беспрепятственного доступа в образовательную организацию:

– необходимо наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов (при отсутствии лифтов учебное помещение располагается на первом этаже);

– необходимо наличие широких проходов внутри помещения между предметами мебели и свободного подхода на инвалидной коляске к рабочему месту;

– необходима тактильная напольная разметка;

– необходимо создание специальной учебной и игровой зоны (зонирование учебного помещения);

9. Нуждается в индивидуальных (групповых) занятиях с:

– учителем-логопедом _____

– учителем-дефектологом _____

– педагогом-психологом _____

10. Необходимо медицинское наблюдение (лечение): _____

11. Повторное обследование на ПМПК с целью уточнения рекомендаций по организации обучения возможно в заявительном порядке:

– при необходимости, с учетом положительной (отрицательной) динамики в развитии;

– при изменении диагноза;

– в случае указания конкретного срока прохождения повторного комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

12. Особое мнение (в случае, если члены комиссии не пришли к консенсусу или имеется заключение эксперта, не совпадающее с мнением членом ПМПК) _____

Руководитель комиссии

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Члены комиссии:

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Приложение № 2
к приказу управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «___» _____ 20___ г. № ___

Приложение № 3
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «___» _____ 20___ г. № ___

Руководителю Территориальной психолого-
медико-педагогической комиссии МУДО
«ЦППМиСП» – Кошель И.А.
от _____

(ФИО родителя, законного представителя)
Паспорт: серия _____ № _____
Дата выдачи: _____
Проживающей(его) по адресу _____
Телефон _____
e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование
моего ребенка

_____ /
(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

_____ /
(дата рождения, адрес регистрации по месту жительства (фактического проживания)
ребенка)

с целью *определения формы получения образования, образовательной программы, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, создания специальных условий для получения образования, определения особых условий прохождения ГИА* (нужное подчеркнуть)

При необходимости, комплексное психолого-медико-педагогическое обследование может включать: предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в МУДО «Центре психолого-педагогической и медицинской помощи» или у независимых экспертов; запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно-опасного поведения и т.п.).

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

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

«___» _____ 20___ г.

(подпись родителя, законного
представителя ребенка)

(расшифровка)

Приложение № 3
к приказу управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. № ____

Приложение № 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. № ____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных родителя
(законного представителя)

Я, _____
(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)
проживающий по адресу: _____,
паспорт: серия _____ № _____, выданный _____,
_____ , телефон _____, e-mail _____

настоящим даю свое согласие на обработку в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МУДО «ЦППМиСП» (далее ТПМПК) своих персональных данных, к которым относятся: данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

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 отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечение 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 так же осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

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 путем направления в ТПМПК письменного отзыва. Согласен/согласна с тем, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10(десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____
(Ф.И.О.)

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

Дата _____

Подпись _____ / _____ (расшифровка)

Приложение № 4
к приказу управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. №__

Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. №__

Руководителю Территориальной психолого-
медико-педагогической комиссии Кошель И.А.
от _____

Паспорт: серия _____ № _____

Дата выдачи: _____

проживающей (его) по адресу _____

телефон _____

СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

«__» _____ г.р., даю согласие на проведение комплексного психолого-
медико-педагогического обследования Территориальной психолого-медико-
педагогической комиссией.

«__» _____ 20__ г

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Приложение № 5
к приказу управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. №__

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕНО
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. №__

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК)

Дата обследования на ТПМПК «__» _____ 20__ г. протокол ТПМПК №__

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Домашний адрес, телефон _____

Школа (класс), ДОУ (группа) _____

По итогам проведенного психолого-медико-педагогического обследования ребенку (ребенку-инвалиду) подтвержден/ не подтвержден (нужное подчеркнуть) статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья».

1. Выявлены трудности в обучении, воспитании, развитии, социальной адаптации (нужное подчеркнуть) обусловленные: _____

2. Обучение по _____

Основной общеобразовательной программе (нужное подчеркнуть)

– образовательной программе НОО;

– образовательной программе ООО;

– образовательной программе СОО;

– АООП для обучающихся с _____ вариант _____ класс _____

3. Форма обучения – очное, очно-заочное, заочное (нужное подчеркнуть)

4. Форма получения образования – _____

5. Особенности организации образовательного процесса (нужное подчеркнуть)

– в образовательном процессе учитывать психофизические особенности и индивидуальные возможности ребенка (ребенка-инвалида);

– возможна организация обучения с учетом особых образовательных потребностей в очно-заочной/заочной форме (нужное подчеркнуть);

– возможна организация обучения по индивидуальному учебному плану, в т.ч. на дому (по месту проживания) при наличии акта врачебной комиссии лечебно – профилактического учреждения.

6. Нуждается в специальных образовательных условиях для получения качественного образования с учетом основного нарушения (нужное подчеркнуть):

– использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов;

– использование специальных технических средств обучения (коллективного/индивидуального пользования);

– использование индивидуальных адаптированных дидактических материалов;

– необходимо предусмотреть на учебных занятиях размещение ребенка вблизи источника звука (1-2 парта);

– необходимо четкое проговаривание учебного материала, четкая артикуляция педагога;

- необходимы перерывы для проведения санитарно-гигиенических процедур;
- использование альтернативного формата печатных материалов (крупный шрифт);
- использование аудиофайлов;
- увеличение времени на выполнение самостоятельных, контрольных работ;
- проведение медико-профилактических процедур (прием лекарственных препаратов, проведение инъекций, использование ингалятора);

7.

- нуждается в предоставлении услуг ассистента (помощника) с учетом рекомендаций ИПРА.

- нуждается в сопровождении тьютора _____

8. Нуждается в обеспечении беспрепятственного доступа в образовательную организацию:

- необходимо наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов (при отсутствии лифтов учебное помещение располагается на первом этаже);

- необходимо наличие широких проходов внутри помещения между предметами мебели и свободного подхода на инвалидной коляске к рабочему месту;

- необходима тактильная напольная разметка;

- необходимо создание специальной учебной и игровой зоны (зонирование учебного помещения);

9. Нуждается в индивидуальных (групповых) занятиях с:

- учителем-логопедом _____

- учителем-дефектологом _____

- педагогом-психологом _____

10. Необходимо медицинское наблюдение (лечение): _____

11. Повторное обследование на ПМПК с целью уточнения рекомендаций по организации обучения возможно в заявительном порядке:

- при необходимости, с учетом положительной (отрицательной) динамики в развитии;

- при изменении диагноза;

- в случае указания конкретного срока прохождения повторного комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Руководитель комиссии

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Члены комиссии:

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 _____ г.

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен(а). Копия
Заклучения _____ получена. _____

(_____)

СОГЛАСИЕ родителя (законного представителя)
на обработку персональных данных ребенка

Я,

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

проживающий по адресу: _____,

паспорт: серия _____ № _____, выданный _____,

_____, телефон _____, e-mail _____,

данные ребенка _____

(Ф.И.О. ребенка полностью)

На

_____ основании

№ _____ от _____

(свидетельство о рождении или документ, подтверждающий,
что субъект является законным представителем подопечного)

как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МУДО «ЦППМиСП» (далее 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 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 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 ОВЗ 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, 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 так же осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

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 путем направления в ТПМПК письменного отзыва. Согласен/согласна, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я,

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

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

Дата _____

Подпись _____ /

(расшифровка)

Приложение № 7
УТВЕРЖДЕН
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «___» _____ 20___ г. № ___

на бланке организации

Направление

образовательной организации _____ на проведение ПМПК для
обследования учащихся:

№ п/п	ФИО	Дата рожден ия	Класс	Проблема: (трудности в обучении, трудности в усвоении общеобразовательной программы)	Основание: (на основании решения психолого-медико- педагогического консилиума (педагогического совета) от...(дата).

Директор

ПОДПИСЬ

Приложение № 8
УТВЕРЖДЕН
приказом управления образования
администрации МО ГО «Сыктывкар»
от «__» _____ 20__ г. № ____

Направление № _____ в Центральную ПМПК

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия МУДО «ЦППМиСП» г.
Сыктывкар ул. Чкалова д.24 тел.21-91-37 направляет

_____ (Ф.И.О. ребенка)
«__» _____ года рождения

проживающего _____
(адрес регистрации по месту жительства или фактического
проживания)

на обследование в Центральную ПМПК в связи с

(указываются причины направления ребенка на ЦППМК)

Приложение:

(перечень документов, выданных родителю (законному представителю) на руки для
предъявления в ЦППМК)

(Подпись и расшифровка родителя (законного представителя) ребенка)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления направления)

(Подпись и расшифровка руководителя ЦППМК)

М.П.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК) для
прохождения ГИА

Дата обследования на ТПМПК «___» _____ 20___ г. протокол ТПМПК № _____

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____

Домашний адрес, телефон _____

Школа (класс), ДОУ (группа) _____

Заключение специалистов ТПМПК:

По итогам проведенного психолого-медико-педагогического обследования ребенку (ребенку-инвалиду) подтвержден/ не подтвержден (нужное подчеркнуть) статус «ребенок с ограниченными возможностями здоровья».

1. Выявлены трудности в обучении, воспитании, развитии, социальной адаптации обусловленные: _____

2. Обучающийся относится к категории:

- слепые, поздноослепшие;
- слабовидящие;
- глухие, позднооглохшие;
- слабослышащие;
- с ТНР;
- с НОДА;
- с ЗПР, обучающиеся по АООП;
- с РАС;
- иные категории участников с ОВЗ _____

3. Особенности организации образовательного процесса (нужное подчеркнуть)

- обучался в отдельной образовательной организации, реализующей АООП для детей с ОВЗ;

- обучался в классе для детей с ОВЗ по АООП для детей с _____

- обучался по индивидуальному учебному плану на дому.

4. Нуждается в специальных условиях для прохождения ГИА в форме ГВЭ с учетом основного нарушения (нужное подчеркнуть):

- оборудовать аудиторию для проведения экзамена звукоусиливающей аппаратурой для индивидуального/ коллективного пользования;

- привлечение ассистента-сурдопереводчика;

- предоставить экзаменационные материалы в увеличенном размере;

- предусмотреть в аудиториях для проведения экзаменов наличие увеличительных устройств;

- предусмотреть индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;

- оформление экзаменационных материалов рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера;

- выполнение письменной экзаменационной работы рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере;

- предусмотреть достаточное количество специальных принадлежностей для оформления ответов рельефно-точечным шрифтом Брайля или на компьютере;
- выполнение письменных заданий на компьютере со специализированным программным обеспечением с привлечением ассистента;
- привлечение ассистента, который помогает участнику занять место в аудитории, предотвращает аффективные реакции на новую стрессовую обстановку, возникающую во время проведения экзамена;
- Выполнение экзаменационной работы на компьютере с привлечением ассистента.

5. Нуждается в обеспечении беспрепятственного доступа в образовательную организацию:

- необходимо наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов (при отсутствии лифтов учебное помещение располагается на первом этаже);
- необходимо наличие широких проходов внутри помещения между предметами мебели и свободного подхода на инвалидной коляске к рабочему месту;
- наличие специальных кресел, медицинских лежаков (для детей, которые не могут долго сидеть) и других приспособлений;
- возможно присутствие ассистента, оказывающего обучающегося с ОВЗ необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей, помогающего им занять рабочее место, передвигаться, общаться с сотрудниками пункта проведения экзаменов, в вызове медперсонала (при необходимости), в прочтении и оформлении заданий (в переносе ответов из черновика в бланк установленного образца), в оформлении регистрационных полей бланка регистрации, бланка ответов.

6. Нуждается в специальных (дополнительных) условиях для прохождения ГИА в форме ГВЭ с учетом основного нарушения (выбрать):

- отдельная аудитория от всех участников ГВЭ, минимальный контакт с другими обучающимися;
- частые перерывы для гигиены;
- посадка вблизи источника звука четкая артикуляция педагога;
- организация динамических пауз (разминок, кратковременных перерывов для смены поз);
- использование индивидуального слухового аппарата и технических средств реабилитации;
- перерывы на прием пищи согласно диете;
- выполнение экзаменационной работы в положении стоя.

7. Особые мнения _____

Руководитель ТПМПК _____
(подпись)

Члены комиссии	_____	_____	_____
	(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
М.П.	_____	_____	_____
	(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
	_____	_____	_____
	(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
	_____	_____	_____
	(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
	_____	_____	_____
	(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 _____ г.

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен(а). Копия
Заключения получена. _____ (_____)