Приложение

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Управления образования

Администрации городского округа Стрежевой

от 18.01.2017 № 20

**Положение**

**о территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует организацию работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК) Управления образования Администрации городского округа Стрежевой (далее - Управление образования).

1.2. ТПМПК в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, Федеральным законом от 29.12.2012 №273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений», Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.07.1988 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях при ее оказании», 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 Российской Федерации от 23.05.2016 № ВК-074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогической комиссий», Распоряжения Департамента общего образования Томской области «Об организации работы Центральной психолого-медико-педагогической комиссии в 2017 году» от 29.12.2016 № 936-р, настоящим Порядком, иными нормативными актами Российской Федерации и Томской области.

1.3. Цель ТПМПК - своевременное выявление детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

2. Основные направления деятельности и права ТПМПК

2.1. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

1) проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей и подростков возрасте от 0 до 18 лет с целью своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

2) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных ТПМПК рекомендаций;

3) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

4) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

5) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории городского округа Стрежевой;

6) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

3.Организация деятельности ТПМПК

3.1. ТПМПК является структурным подразделением Управления образования

3.2. ТПМПК возглавляет заведующий. В состав ТПМПК входят: педагог-психолог, учитель-логопед, учитель - дефектолог, врач - психиатр.

При необходимости в состав ТПМПК могут быть включены и другие специалисты.

3.3. Состав ТПМПК и порядок работы утверждается приказом Управления образования.

3.4. ТПМПК использует печать и бланки Управления образования.

 3.5. ТПМПК ведется следующая документация:

а) журнал записи детей на обследование;

б) журнал учёта детей, прошедших обследование;

в) карта ребенка, прошедшего обследование;

г) протокол обследования.

3.6. Документы, указанные в подпунктах "а" и "б" настоящего пункта, хранятся не менее 5 лет после окончания их ведения.

3.7. Документы, указанные в подпунктах "в" и "г" настоящего пункта, хранятся не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет.

3.8. Управление образования обеспечивает ТПМПК необходимыми помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, необходимой канцелярией для организации ее деятельности.

3.9. Информация о проведении обследования детей в ТПМПК, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в ТПМПК, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4. Порядок проведения обследования детей.

4.1. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в ТПМПК по письменному заявлению родителей (законных представителей) или по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей).

Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

4.2. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами ТПМПК осуществляются бесплатно.

4.3. Для проведения обследования ребенка его родители (законные представители) предъявляют в ТПМПК документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также представляют следующие документы:

1) письменное заявление о проведении обследования ребенка в ТПМПК, согласие на обработку персональных данных, установленной формы к настоящему Порядку (Приложение №1);

2) копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

3) направление образовательной организации, организации осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

4) 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);

5) заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

6) подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) по форме (Приложение №2);

7) педагогическую характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) (Приложения № 3 и № 4);

8) письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.

4.4. Запись на проведение обследования ребенка в ТПМПК осуществляется при подаче документов. При условии предоставления заявителем неполного перечня установленных документов ТПМПК имеет право отказать в предварительной записи на обследование.

4.5. Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется комиссией в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

4.6. Дата, время, место проведения обследования регистрируются в журнале записи детей и подростков на обследование в соответствии с формой журнала (Приложение 5).

4.7. Обследование детей проводится в помещениях, где размещается ТПМПК. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания и (или) обучения.

4.8. Обследование детей проводится каждым специалистом ТПМПК индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день. ТПМПК в случае необходимости направляет ребенка для проведения обследования в Центральную комиссию Томской области.

4.9. В ходе обследования ребенка ТПМПК ведется протокол (Приложение №6), в котором указываются сведения о ребенке, специалистах ТПМПК, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии).

4.10. По результатам обследования в ТПМПК оформляется заключение. В заключении ТПМПК, заполненном на бланке (Приложение №7), указываются:

- обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и наличии, либо отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

- рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок может освоить, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования.

Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения ТПМПК производятся в отсутствие детей.

4.11. Протокол и заключение ТПМПК оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами ТПМПК, проводившими обследование, и руководителем ТПМПК (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью Управления образования.

Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под подпись.

4.12. Представитель ТПМПК знакомит родителей (законных представителей) с коллегиальным заключением и рекомендациями.

4.13. Заключение ТПМПК носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

Представленное родителями (законными представителями) детей заключение ТПМПК является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

Родители (законные представители) имеют право представить заключение ТПМПК в указанные органы, организации в течение одного календарного года с даты его подписания.

4.14. Сведения о ребенке и результаты обследования вносятся в журнал учета детей и подростков, прошедших обследование (Приложение №9).

4.15. В ТПМПК оформляется и ведется карта ребенка, прошедшего обследование (Приложение № 10).

4.16. ТПМПК оказывает детям, самостоятельно обратившимся в ТПМПК, консультативную помощь по вопросам психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию об их правах.

4.17. Родители (законные представители) детей имеют право:

1) присутствовать при обследовании детей в ТПМПК, обсуждении результатов обследования и вынесении ТПМПК заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей;

2) получать консультации специалистов ТПМПК по вопросам обследования детей в ТПМПК и оказания им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей;

3) в случае несогласия с заключением ТПМПК обжаловать его в Центральную комиссию Томской области.

**5. Взаимодействие ТПМПК с учреждениями и организациями**

5.1. ТПМПК организует свою работу во взаимодействии:

- с участниками образовательного процесса образовательных организаций;

- с учреждениями медико-социальной экспертизы, медицинскими учреждениями;

- с психолого-медико – педагогическими консилиумами образовательных организаций.

5.2. ТПМПК координирует деятельность психолого - медико - педагогических консилиумов (далее ПМПк) образовательных организаций по следующим вопросам:

1) подбор стандартизованных диагностических методик для обследования детей в условиях ПМПк образовательных организаций;

2) заполнение единых форм бланков и документов для представления ребенка на ТПМПК;

3) осуществление взаимодействия со специалистами психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях;

4) формирование статистической отчётности и запросов вышестоящих организаций по вопросам, относящимся к компетенции образовательных организаций.

5.3. Взаимоотношения между ТПМПК и ПМПк образовательных организаций оформляются договором о сотрудничестве, предусматривающим план взаимодействия на учебный год (Приложение № 11).

5.4. Договор о взаимодействии ТПМПК с ПМПк образовательной организации подписывается руководителем образовательной организации и руководителем ТПМПК, составляется в двух экземплярах, заверяется печатями.

5.5. Договор о взаимодействии оформляется ежегодно в срок до 10 сентября.

**6. Отчётность ТПМПК**

6.1. Заведующий ТПМПК представляет аналитический отчёт о проделанной работе в Управление образования, а также в ЦПМПК г. Томска в срок до 1 июля за текущий учебный год, а также до 1 февраля за прошедший календарный год (письменный и электронный вариант) в виде аналитической справки.

6.2. Руководители ПМПк образовательных организаций ежегодно в срок до 1 июня составляют отчёт о деятельности ПМПк образовательных организаций (Приложение № 12). Отчёт передаётся в ТПМПК.

Отчет включает:

-данные по обеспеченности школьного консилиума специалистами;

-количество детей, прошедших консилиум за отчетный период;

-основные выявленные проблемы детей;

-основные рекомендации специалистов;

-сведения о направлении детей в другие инстанции;

-анализ трудностей, встречающихся в деятельности консилиума.

**7. Права и обязанности членов ТПМПК**

7.1. Члены ТПМПК имеют право:

- проводить консультативно–диагностическую работу во время организации работы ТПМПК;

- на основании данных индивидуального обследования составлять заключение о характере отклонений в развитии ребенка и принимать коллегиальное решение о форме организации обучения и воспитания с учетом его психических, физических и индивидуальных возможностей и особенностей;

- выдавать родителям (законным представителям) заключение с соответствующими рекомендациями по созданию условий для обучения и воспитания детей;

- отказать заявителю в проведении обследования ребенка при отсутствии документов, перечисленных в пункте 4.3 настоящего Порядка, и выдать сообщение об отказе установленной формы (Приложение № 13);

- определять содержание и формы работы ТПМПК в соответствии с целью деятельности и настоящим Порядком.

7.2. Члены ТПМПК обязаны:

- руководствоваться в своей деятельности профессиональными, этическими и нравственными принципами;

- предоставлять квалифицированную психолого–медико–педагогическую помощь;

- обеспечивать уважение и защиту человеческого достоинства, обратившихся в ТПМПК;

- соблюдать врачебную тайну, не разглашать персональные сведения о детях, конфиденциальную информацию;

- качественно и своевременно выполнять свои функции;

- заведующий ТПМПК, несет персональную ответственность за качество работы комиссии;

- делопроизводитель ТПМПК несет персональную ответственность за своевременную регистрацию документов.

**Приложение № 1**

 к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Руководителю

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

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

Место работы, должность:

Документ, удостоверяющий личность: паспорт

серия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер:

выдан:

Регистрация по адресу:

Адрес фактического проживания:

Телефон:

Данные о втором родителе:

Ф.И.О.:

Место работы, должность:

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |
| --- |
| Ребенок – инвалид: нет/ да: \_\_\_справка МСЭ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Полис ОМС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какую дошкольную образовательную организацию посещал(а)/не посещал(а)/посещает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какую группу посещал (а): общеобразовательную, компенсирующего/комбинированного вида (подчеркнуть нужное)с какого возраста:  |
| Обучается в образовательной организации: |
| В каком классе обучается: |
| С какого времени обучается в данной образовательной организации: |
| С какого возраста начал школьное обучение: |
| По какой программе: |
| Дублировал ли программу: |
| Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня: |

 Ознакомлен (а) с тем, что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико - педагогического обследования.

 Прошу предоставить мне заключение психолого-медико-педагогической комиссии с особыми мнениями специалистов (при их наличии).

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Согласие законного представителя

на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ФИО

на основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса Российской Федерации.

 Настоящим даю свое согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией Управления образования Администрации городского округа Стрежевой персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

относящихся к перечисленным ниже категориям персональных данных:

* данные свидетельства о рождении, паспортные данные;
* данные медицинской карты;
* адрес проживания ребенка;
* оценки успеваемости ребенка;
* учебные работы ребенка;
* данные о составе семьи;
* другие данные, используемые в рамках организации работы Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка в следующих целях:

* проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении ребенка;
* подготовки по результатам обследования ребенка рекомендаций по оказанию ему психолого-медико-педагогической помощи и организации его обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций;
* обеспечение медицинского обслуживания;
* ведение статистики;
* в других целях в рамках организации работы Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление работниками Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии следующих действий в отношении персональных данных ребенка: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование (не включает возможность ограничения моего доступа к персональным данным ребенка), уничтожение.

Я даю согласие на распространение персональных данных ребенка, в том числе на передачу персональных данных ребенка каким-либо третьим лицам, включая физические и юридические лица, в том числе внешние организации и лица, привлекаемые Учреждением для осуществления обработки персональных данных, государственные органы и органы местного самоуправления.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка неавтоматизированным и автоматизированным способом.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных в Учреждении или до отзыва данного Согласия.

Данное Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь.

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

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

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

**Приложение № 2**

 к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**(действительно 3 месяца)**

|  |
| --- |
| *(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)* |
| 1. Фамилия, имя, отчество ребенка:
 |
| 1. Дата рождения:
 |
| 1. Адрес места жительства или фактического пребывания:
 |
|  |
| 1. Инвалидом не является, категория «ребенок-инвалид» *(нужное подчеркнуть)*
 |
| 1. История заболевания *(начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):*
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. Анамнез жизни *(перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие)*
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. Состояние ребенка *(указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):*
 |
|  |
|  |
|  |
| 1. Результаты дополнительных методов исследования *(указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):*
 |
|  |
|  |
| 1. Масса тела (кг) , рост (м) , индекс массы тела:
 |
| 1. Оценка физического развития: нормальное, отклонение

*(дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).* |
| 1. Оценка психофизиологической выносливости:

норма, отклонение *(нужное подчеркнуть).* |
| 1. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть)
 |
| 1. Оториноларинголог:
 |
| 1. Сурдолог:
 |
| 1. Офтальмолог:
 |
| 1. Хирург:
 |
| 1. Ортопед-травматолог:
 |
| 1. Невролог:
 |
| 1. Психиатр:
 |
| 1. Диагноз:
 |
| а) код основного заболевания по МКБ 10: |
| б) основное заболевание: |
| в) сопутствующие заболевания: |
| г) осложнения: |
| Дата « » 20 год |
| Врач-педиатр: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Руководитель учреждения здравоохранения: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| М.П. |

**Приложение № 3**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Примерная форма педагогической характеристики на ребенка школьного возраста, направляемого для обследования в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

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

полное наименование образовательной организации (по Уставу) с реквизитами организации

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

6. Усвоение основных общеобразовательных программ – образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования:

6.1. по математике

6.2. по русскому языку

6.3. по литературному чтению

6.4. по другим предметам

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

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

Директор школы/Руководитель ПМПк ОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

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

 подпись расшифровка подписи

**Приложение № 4**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Примерная форма педагогической характеристики на ребенка дошкольного возраста, направляемого для обследования, в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

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

полное наименование образовательной организации (по Уставу) с реквизитами организации

1. Общие сведения о ребенке:
	1. Ф.И.О.
	2. Дата рождения, возраст
	3. Место проживания
	4. Полное наименование дошкольной образовательной организации (по уставу)
	5. Группа, программа обучения и воспитания
2. Кем направлен ребенок
3. Причина (цель) обращения на ТПМПК (трудности в развитии, обучении и воспитании, общении, нарушение поведения и др.)
4. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
	1. ФИО отца, год рождения, место работы, должность
	2. ФИО матери, год рождения, место работы, должность (или аналогичная информация о законных представителях ребенка)
	3. Состав семьи (полная, неполная, многодетная, наличие братьев, сестер, другие члены семьи)
	4. Характер внутрисемейных отношений
	5. Кто занимается воспитанием ребенка
	6. Взаимодействие семьи и ДОУ (характер контакта, формы работы ДОУ с семьей)
	7. Степень помощи родителей ребенку в ДОУ
5. Анамнез:
	1. С какого возраста посещает организацию, осуществляющую образовательную деятельность и реализующую образовательные программы дошкольного образования
	2. По какой образовательной программе дошкольного образования идет развитие и воспитания ребенка
	3. Обучался ли по индивидуальной, адаптированной программе
6. Общая характеристика:

 6.1. Специфика внешнего вида и поведения ребенка

 6.2. Затруднения, возникающие при усвоении развивающего материала, чем, по мнению воспитателей, вызваны затруднения в обучении и воспитании (особенностями внимания, памяти, работоспособности, темпа деятельности и др.)

 6.3. Степень оказания воспитателем помощи при выполнении тех или иных заданий

* 1. Уровень восприятия ребенком предлагаемой помощи
1. Особенности личности и взаимоотношения со сверстниками и воспитателями

 (контактность, характер его эмоционального реагирования, взаимоотношения со

 сверстниками, общая мотивация, отношение к результатам собственной

 деятельности)

1. Выполнение режима и правил поведения в ДОУ
2. Доминирующие увлечения и интересы
3. Мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.)
4. Общие выводы и впечатления о ребенке

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

Заведующий/Руководитель ПМПк ДОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

Воспитатель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи

**Приложение № 5**

 к порядку работы ТПМПК

****Форма журнала записи детей и подростков на обследование****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО ребен-ка,  | Дата рождения | Адрес,теле-фон | ФИО родителей (законных представителей) | ОО, где обучается, воспитывается ребенок | Инициатор обращения | Повод обращения | Дата и время обследования на ТПМПК |

**Приложение № 6**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

|  |
| --- |
| **УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**Администрации городского округа Стрежевой 636780, Томская область, г. Стрежевой, ул. Коммунальная, 1/1. 📪 E-mail: uo@guostrj.ru тел / факс (382-59) 5-58-04 |
| **ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА** **И ЗАКЛЮЧЕНИЕ** **ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ** |
| №  |  от  |
| I.Формальные сведения |
| *Фамилия, имя, отчество*: |
| *Дата рождения ребенка*: |
| *Адрес*: |
| *Кем направлен на комиссию*: |
| *Образовательное учреждение, класс/группа*: |
| *Сведения о родителях (законных представителях)*: |
| II. Анамнестические сведения |
| *Перечень представленных документов*:  |
|  |
| *Особенности раннего развития*:  |
| *Перенесенные и хронические заболевания*: |
|  |
| III.Данные психолого-медико-педагогического обследования |
| *Данные медицинского обследования:* |
| *Педиатр (терапевт)*: |
| *Отоларинголог (сурдолог)*: |
| *Офтальмолог*: |
| *Хирург (хирург-ортопед)*: |
| *Психиатр*:  |
| *Невролог*: |
| *Данные психолого – педагогического и логопедического обследования:* |
| *Легко ли вступает в контакт:*  |
| *Общая осведомленность ребенка (социально - бытовая ориентировка):*  |
|  |
| *Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей, круг представлений об окружающем и точность этих представлений:*  |
| *Характеристика моторики, в том числе графической деятельности (рисунок, письмо):*  |
|  |
| *Особенности латерализации:*  |
| *Особенности восприятия картин, текстов:*  |
| *Восприятие времени:*  |
| *Восприятие пространства (различие правой - левой стороны, умение сложить фигуры по образцу; сложить картинку, разрезанную на части):*  |
|  |
| *Особенности внимания:* |
| * *Концентрация:*
 |
| * *Устойчивость:*
 |
| * *Переключаемость:*
 |
| * *Распределение:*
 |
| * *Объем внимания:*
 |
| *Особенности памяти (быстрота запоминания, точность воспроизведения):*  |
|  |
| *Особенности процессов анализа, синтеза, обобщения:*  |
| *Понимание смысла загадок, пословиц:*  |
| *Понимание причинно - следственных связей (умение выделить главное, существенное в сюжетной картине, тексте, при определение понятий, при сравнение предметов, при классификации предметов):* |
|  |
|  |
| *Особенности мышления:* |
| * *Наглядно – действенного:*
 |
| * *Наглядно – образного:*
 |
| * *Абстрактно – логического:*
 |
| *Родной язык ребенка*: русский |
| *Дефекты звукопроизношения:*  |
| *Словарный запас:*  |
| *Грамматический строй речи:*  |
| *Характер ошибок устной и письменной речи:*  |
|  |
| *Состояние чтения:*  |
| *Состояние письма:*  |
| *Состояние счета:*  |
| *Степень усвоения программного материала, трудности при обучении:*  |
|  |
| *Целенаправленность деятельности:*  |
| *Отношение к обучению:*  |
| *Особенности эмоционально-волевой сферы:*  |
| *Особенности поведения (адекватность поведения в процессе обследования):*  |
| *Улавливает ли эмоциональный смыл картин, текстов, беседы:*  |
| *Усидчивость в работе, работоспособность:*  |
| *Заключение комиссии:* |
| *Медицинский диагноз:*  |
| Особые мнения: |
| Рекомендации комиссии: |
| *1. Определение условий получения образования:* |
| * Вид образовательной программы:
 |
| * Форма получения образования:
 |
| * Условия получения образования:
 |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*  |
| * *Сроки повторного обследования на ТПМПК:*
 |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Коррекционно – развивающая работа:*
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:*
 |
| * *Дополнительные условия*:
 |
| * *Медикаментозное сопровождение*:
 |
| * *Наблюдение узких специалистов*:
 |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*:
 |
| 1. *Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:*
 |
| Члены ТПМПК:  |
| Учитель – дефектолог  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Учитель – логопед | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Педагог – психолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Врач – психиатр | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Делопроизводитель | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Заведующий ТПМПК | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| М.П. |  |  |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Родитель (законный представитель) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |

**Приложение № 7**

|  |
| --- |
|  к порядку работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии **УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**Администрации городского округа Стрежевой 636780, Томская область, г. Стрежевой, ул. Коммунальная, 1/1. 📪 E-mail: uo@guostrj.ru тел / факс (382-59) 5-58-04территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  |
| Дата обследования « » 201 г. | Регистрационный № протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Фамилия, имя, отчество: |
| Дата рождения ребенка: |
| Адрес проживания: |
| Кем направлен на комиссию: (семьёй, ДОУ, ОУ, другим учреждением) |
| Образовательное учреждение, класс/группа: |
|  |
|  |
| Сведения о родителях (законных представителях): |
|  |
|  |
| **Заключение комиссии:** |
| ***Медицинский диагноз:***  |
|  |
| **Особые мнения:** |
|  |
| **Рекомендации комиссии:** |
| ***1. Определение условий получения образования:*** |
| * Вид образовательной программы: общеобразовательная (начального/основного/среднего) общего образования
 |
|  |
| * Форма получения образования: очная, очно-заочная, с использованием ДОТ
 |
| * Условия получения образования: общеобразовательное учреждение
 |
| ***2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:***динамическое наблюдениеспециалистами ПМП(к) ОУ |
| * ***Сроки повторного обследования на ТПМПК:***по завершению начального уровня образования
 |
| ***3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
| * ***Коррекционно – развивающая работа:***
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * ***Специальные мероприятия или средовые условия:***
 |
| ***Дополнительные условия***: |
| * ***Программа внеурочной деятельности:***
 |
| * ***Медикаментозное сопровождение***:
 |
| * ***Наблюдение узких специалистов***:
 |
| * ***Сопровождение ассистента (помощника)***: требуется, не требуется
 |
| ***4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:*** благоприятный, относительно-благоприятный |
| Члены ТПМПК: |
| Учитель – дефектолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Учитель – логопед | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Педагог – психолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Врач – психиатр | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Делопроизводитель | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| Заведующий ТПМПК | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Родитель (законный представитель) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | расшифровка подписи |

**Приложение № 8**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

|  |
| --- |
| **УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**Администрации городского округа Стрежевой 636780, Томская область, г. Стрежевой, ул. Коммунальная, 1/1. 📪 E-mail: uo@guostrj.ru тел / факс (382-59) 5-58-04 |
| **ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ****СПРАВКА О ПРОВЕДЕНИИ КОНСУЛЬТАЦИИ** |
| Дана (ФИО ребенка): |
| Дата рождения ребенка: |
| Адрес: |
| Кем направлен на комиссию: (семьёй, детским садом, школой, другим учреждением) |
| Образовательное учреждение, класс/группа: |
| Сведения о родителях (законных представителях): |
| в том, что он (а) « » 201 г. был (а) на консультативном приеме ТПМПК  |
| номер № записи в журнале учета детей и подростков, прошедших обследование на ТПМПК  |
| Заключение комиссии: |
| Медицинский диагноз:  |
| Особые мнения: |
| Рекомендации комиссии: |
| *1. Определение условий получения образования:* |
| * Вид образовательной программы:
 |
| * Форма получения образования:
 |
| * Условия получения образования:
 |
| *2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*  |
| * *Сроки повторного обследования на ТПМПК:*
 |
| *3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:* |
| * *Коррекционно – развивающая работа:*
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * *Специальные мероприятия или средовые условия:*
 |
| * *Дополнительные условия*:
 |
| * *Медикаментозное сопровождение*:
 |
| * *Наблюдение узких специалистов*:
 |
| * *Сопровождение ассистента (помощника)*:
 |
| 1. *Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:*
 |
| *Члены ТПМПК:* |
| Учитель – дефектолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Учитель – логопед | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Педагог – психолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Врач – психиатр | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Делопроизводитель | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| Заведующий ПМПК | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |
| C заключением и рекомендациями ознакомлен(а):  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а):  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Родитель (законный представитель) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| подпись | расшифровка подписи |

 **Приложение № 9**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

****Форма журнала учета детей и подростков, прошедших обследование****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | ФИО ребенка,  | дата рождения | адрес, телефон | ФИО родителей (законных представителей) | ОУ, где обучается, воспитывается ребенок | кто направил на ТПМПК | с каким диагнозом поступил | заключение ТПМПК | рекомендации ТПМПК |

**Приложение № 10**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

КАРТА РЕБЕНКА, ПРОШЕДШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

|  |
| --- |
| 1. Дата первичного обращения на ТПМПК « » 20 г. |
| Фамилия, имя, отчество: |
| Дата рождения ребенка: |
| Адрес проживания: |
| Образовательное учреждение, класс/группа: |
|  |
| Какие ДОУ (группы) посещал: общеобразовательное, компенсирующего вида, не посещал  |
| С какого времени обучается в данном ОУ |
| С какого возраста начал школьное обучение: |
| По какой программе |
| Дублировал ли программу |
| Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня |
| **Заключение комиссии:** |
| ***Медицинский диагноз:***  |
|  |
| **Особые мнения:** |
| **Рекомендации комиссии:** |
| ***1. Определение условий получения образования:*** |
| * Вид образовательной программы:
 |
|  |
| * Форма получения образования:
 |
| * Условия получения образования:
 |
| ***2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
|  |
| * ***Сроки повторного обследования на ТПМПК:***
 |
| ***3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
| * ***Коррекционно – развивающая работа:***
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * ***Специальные мероприятия или средовые условия:***
 |
|  |
| * ***Дополнительные условия***:
 |
| ( |
| * ***Медикаментозное сопровождение***:
 |
| * ***Наблюдение узких специалистов***:
 |
| * ***Сопровождение ассистента (помощника)***:
 |
| ***4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:***  |
| Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г. |
| 1. **2. Дата повторного обращения на ТПМПК** « » 20 г.
 |
| Предварительный медицинский диагноз: |
| **Заключение комиссии:** |
| ***Медицинский диагноз:***  |
|  |
| **Особые мнения:** |
| **Рекомендации комиссии:** |
| ***1. Определение условий получения образования:*** |
| * Вид образовательной программы:
 |
|  |
| * Форма получения образования:
 |
| * Условия получения образования:
 |
| ***2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
|  |
| * ***Сроки повторного обследования на ТПМПК:***
 |
| ***3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
| * ***Коррекционно – развивающая работа:***
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * ***Специальные мероприятия или средовые условия:***
 |
|  |
| * ***Дополнительные условия***:
 |
|  |
| * ***Медикаментозное сопровождение***:
 |
| * ***Наблюдение узких специалистов***:
 |
| * ***Сопровождение ассистента (помощника)***:
 |
| ***4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:***  |
| Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г. |
| 1. **Дата повторного обращения на ТПМПК** « » 20 г.
 |
| Предварительный медицинский диагноз: |
| ***Заключение комиссии:*** |
| ***Медицинский диагноз:***  |
|  |
| **Особые мнения:** |
| **Рекомендации комиссии:** |
| ***1. Определение условий получения образования:*** |
| * Вид образовательной программы:
 |
|  |
| * Форма получения образования:
 |
| * Условия получения образования:
 |
| ***2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
|  |
| * ***Сроки повторного обследования на ТПМПК:***
 |
| ***3.Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:*** |
| * ***Коррекционно – развивающая работа:***
 |
| * занятия с логопедом
 |
| * занятия с дефектологом
 |
| * занятия с психологом
 |
| * занятия с социальным педагогом
 |
| * ***Специальные мероприятия или средовые условия:***
 |
|  |
| * ***Дополнительные условия***:
 |
|  |
| * ***Медикаментозное сопровождение***:
 |
| * ***Наблюдение узких специалистов***:
 |
| * ***Сопровождение ассистента (помощника)***:
 |
| ***4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:***  |
| Выдано заключение ТПМПК № от « » 20 г. |

 **Приложение № 11**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ДОГОВОР О СОТРУДНИЧЕСТВЕ МЕЖДУ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИЕЙ (ТПМПК)**

**И ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМОМ**

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ПМПк) НА 20\_\_\_-20\_\_\_УЧЕБНЫЙ ГОД**

Настоящим договором закрепляются следующие взаимные обязательства ТПМПК и ПМПк образовательной организации

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

 (наименование образовательной организации)

|  |  |
| --- | --- |
| ПМПк обязуется: | ТПМПК обязуется: |
|  | Направлять детей и подростков с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, для обследования на ТПМПК**:** в случаях, когда специалисты ПМП-консилиума не находят оптимальных способов разрешения проблемы ребенка и оказания ему адекватной помощи;при необходимости перевода ребенка в иные условия, как образовательные, так и других учреждений, и ведомств (профилирующие медицинские центры, временное освобождение ребенка от учебной деятельности в связи с приоритетностью лечения, органы социальной и правовой защиты ребенка;при необходимости перевода ребенка в рамках данного образовательного учреждения на другую программу обучения;при недостаточной динамике развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья и подозрении на несоответствие структуры психофизического развития ребенка условиям, рекомендованным ТПМПК (повторное обращение).Информировать ТПМПК:о динамике развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с указанным в рекомендациях ПМПК сроком контроля динамики развития ребенка.Для представления ребёнка на ТПМПК заполнять единые формы бланков и документов. Ежегодно в срок до 1 июня представлять аналитический отчет о деятельности ПМПк в ТПМПК. |     | Проводить своевременную, достоверную, комплексную диагностику детей и подростков по направлению ПМПк.Определять специальные условия получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» №273 от 29.12.2012г.Осуществлять динамический контроль за эффективностью реализации рекомендаций по отношению к детям, прошедшим обследование на ТПМПК, при необходимости вносить коррективы в рекомендации.Оказывать консультативную и методическую помощь специалистам ПМПк.Осуществлять просвещение педагогов и родителей по вопросам, находящимся в сфере компетенции ТПМПК: информировать в доступной для понимания форме о нарушениях в развитии детей, о возможных путях решения проблем. В просветительской деятельности использовать такие формы работы как лекции, консультирование, тренинги, методические рекомендации.Ежегодно в срок до 10 сентября представлять примерный план взаимодействия с ПМПк образовательных организаций по направлениям (для дошкольных образовательных организаций): диагностика речевых нарушений детей; сопровождение детей с ОВЗ специалистами ТПМПК с целью определения динамики развития ребенка, уточнения диагноза, коррекции рекомендаций; определение динамики речевого развития выпускников логопедических групп; консультирование родителей и педагогов по готовности детей к обучению в школе. Для общеобразовательных организаций: коллегиальные заседания по выявлению детей с особенностями в физическом (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, комплексное психолого-медико- педагогическое обследование, подготовка рекомендаций по итогам обследования; сопровождение детей и подростков с ОВЗ (4 классы, 9 классы, 11 классы); педагогический всеобуч; родительская конференция. |
| Руководитель ОО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г. | Заведующий ТПМПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г. |

Приложение №12

 к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

**ОТЧЁТ о деятельности ПМПк**

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

*наименование ОУ*

в 20\_\_\_-20\_\_\_ учебном году

1. ПМПк ОУ действует на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать дату и номер приказа по школе)*

2. Обеспеченность ПМПк ОУ специалистами

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Специалисты | Количество ставок по штату | Фактическое наличие ФИО | Необходимая потребность |
| Педагог-психолог |  |  |  |
| Учитель-дефектолог |  |  |  |
| Учитель-логопед |  |  |  |
| Социальный педагог |  |  |  |
| Медицинский работник |  |  |  |
| Др., специалисты (указать какие) |  |  |  |
| ВСЕГО |  |  |  |

3. Количество заседаний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за учебный год

1. Количество детей, прошедших консилиум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Основные причины обращений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Трудности в деятельности консилиума\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Пути решения трудностей**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата составления отчёта

Руководитель ПМП(к) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Подпись расшифровка подписи*

**Приложение № 13**

к порядку работы территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

|  |
| --- |
| **УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**Администрации городского округа Стрежевой 636780, Томская область, г. Стрежевой, ул. Коммунальная, 1/1. 📪 E-mail: uo@guostrj.ru тел / факс (382-59) 5-58-04 |
| **ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ****СПРАВКА О ПРОВЕДЕНИИ КОНСУЛЬТАЦИИ** |
| Сообщение об отказе в проведении обследования ребенка |
| Дата: |
| Причины, послужившие основанием для принятия решения об отказе в проведении обследования ребенка на ТПМПК: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Руководитель ТПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка  |
|  М.П. |
| C сообщением об отказе ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка  |