Приложение 1

к порядку работы ТПМПК

|  |
| --- |
| **Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение города Когалыма «Колокольчик» (МАДОУ «Колокольчик»)**628486, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Когалым, улица Мира, дом 20 тел. 2-27-67, 2-00-60, тел/факс 2-78-37 E-mail: adm-kolokolchik@admkogalym.ru **Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи города Когалыма**628486, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Когалым, улица Северная, дом 6 тел. 89821873693 E-mail: tpmpk.g.kogalym@yandex.ru **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Когалыма** |

Руководитель территориальной

Психолого-медико-педагогической

комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись) (расшифровка)

Приложение 2

к порядку работы ТПМПК

**Форма журнала записи детей на обследование**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата подачи заявления | Дата комиссии, время | ФИО ребенка | Дата рождения | ФИО родителя (законного представителя) | Контактная информация родителя (законного представителя)ребенка телефон, эл. почта | Образовательное учреждение, неорганизованный | Категория (инвалидность/ опекаемый/мигрант/ КМНС) | Запрос родителя (законногопредставителя) ребенка в соответствии с заявлением | примечание | Подпись родителя (законного представителя) ребенка |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 3

к порядку работы ТПМПК

|  |
| --- |
| БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ |
| от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество(при наличии) обследуемого: |  |
| 2. Пол обследуемого: |  |
| 3. Дата рождения обследуемого (с указанием возраста на день обследования): |  |
| 4. Место проведения обследования *(нужное подчеркнуть)*: в помещениях, где размещается территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия; по месту проживания и (или) лечения обследуемого; по месту обучения обследуемого; дистанционно (посредством видео-конференц-связи). |
| 5. Обследование *(нужное подчеркнуть)*: первичное, повторное. |
| 6. Наличие инвалидности *(нужное подчеркнуть)*: да, нет. |
| 7. Инициатор обращения в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию *(нужное подчеркнуть):* родители (законные представители); организация, осуществляющая образовательную деятельность; организация здравоохранения; органы (организации) опеки; органы (организации) социальной защиты; комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав; суд; иная организация (указать, какая). |
| 1. Адрес регистрации обследуемого:
 |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей *(нужное подчеркнуть):* усыновление (удочерение), опека, попечительство, приемная семья, патронатная семья, пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
2. Перечень документов, предоставленных на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию *(выбрать нужное)*:
 |
|  заявление на проведение обследования; согласие на обработку персональных данных; |
|  копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет; |
|  копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) - или документа, подтверждающего родство обследуемого и заявителя; |
|  копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства; |
|  направление *(нужное подчеркнуть):* организации, осуществляющей образовательную деятельность; организации, осуществляющей социальное обслуживание; медицинской организации; других организаций *(указать):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав - о направлении на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию; |
|  копия заключения (заключений) территориальной психолого-медико-педагогической комиссии о результатах ранее проведенного обследования; |
|  копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности; |
|  копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида; |
|  представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося); |
|  медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения; |
|  иные документы или их копии *(указать):* |
| 12. Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый (указать наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, уровень образования, группу или класс обучения, форму получения образования):  |
| 13. Образовательная программа: |
| 14. Результаты обследования ребенка специалистами и заключения специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.14.1. Педагог-психолог.Результаты обследования ребенка:Заключение:14.2. Учитель-логопед:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.3. Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):Результаты обследования ребенка:Заключение:14.4. Социальный педагог:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.5 Врач-педиатр (врач-терапевт):Результаты обследования ребенка:Заключение:14.6. Врач-офтальмолог:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.7. Врач-оториноларинголог:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.8. Врач-травматолог-ортопед:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.9. Врач-психиатр:Результаты обследования ребенка:Заключение:14.10. Иные специалисты (указать): |
| 14.11. Заключения врачей в соответствии с представленным медицинским заключением: |
| 15. Коллегиальное заключение (выводы) территориальной психолого-медико-педагогической комиссии *(о нуждаемости обследуемого в создании специальных условий для получения образования (с указанием рекомендуемой образовательной программы); о нуждаемости обследуемого в создании условий и (или) специальных условий сдачи государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования (с указанием категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; о нуждаемости обследуемого в организации индивидуальной профилактической работы)*16. Рекомендации специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации о состоянии здоровья обследуемого:17. Рекомендации специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации об организации образовательного процесса обследуемого:18. Особое мнение специалистов территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии): |

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Члены ТПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка подписи

Приложение 4

к порядку работы ТПМПК

**Форма журнала учёта лиц, прошедших обследование, и учета выданных заключений ТПМПК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | № протокола заключения  (в соответствии с АИС ПМПК) | Дата выдачи заключения | ФИО ребенка | Дата рождения | Цель обращения в ТПМПК | Кем направляется ребенок в ТПМПК | Коллегиальное заключение (выводы)ТПМПК | Особые мнения специалистов (при наличии) | Подпись родителя (законного представителя) ребенка (с заключением ознакомлен/согласен/не согласен/получил его на руки) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 5

к порядку работы ТПМПК

**Личное дело (карта) лица, прошедшего обследование**

|  |
| --- |
| **Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение города Когалыма «Колокольчик» (МАДОУ «Колокольчик»)**628486, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Когалым, улица Мира, дом 20 тел. 2-27-67, 2-00-60, тел/факс 2-78-37 E-mail: adm-kolokolchik@admkogalym.ru **Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи города Когалыма**628486, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Когалым, улица Северная, дом 6 тел. 89821873693 E-mail: tpmpk.g.kogalym@yandex.ru **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Когалыма**№ заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.№ заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.№ заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.№ заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ протокола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |

ЛИЧНОЕ ДЕЛО (КАРТА)

Лица, прошедшего обследование

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

(фамилия)

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

(имя)

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

(отчество)

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

(дата рождения)

Приложение 6

к порядку работы ТПМПК

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

|  |
| --- |
| Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование ТПМПК,* *фамилия, инициалы руководителя)*от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)*Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в очной форме/дистанционной форме *(нужное подчеркнуть)* моего ребенка,

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

*(Ф.И.О. обследуемого полностью (при наличии), дата рождения ребенка)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(регистрация по месту жительства (фактического проживания) обследуемого)*

и представить мне заключение (рекомендации) о (*нужное выбрать*):

 создании специальных условий для получения образования;

 создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;

 создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;

 оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

|  |
| --- |
| Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии. |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

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

 *подпись расшифровка подписи*

Приложение 7

к порядку работы ТПМПК

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

*(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обследуемого)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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,

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Когалыма

*(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 ТПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ТПМПК.

**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 ТПМПК 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*

Приложение 8

к порядку работы ТПМПК

|  |
| --- |
| Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование ТПМПК,* *фамилия, инициалы руководителя)*от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)*Регистрация по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной ПМПК города Когалыма. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись родителя расшифровка подписи*

Приложение 9

к порядку работы ТПМПК

|  |
| --- |
| Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование ТПМПК,* *фамилия, инициалы руководителя)*от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)*Регистрация по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 территориальной 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 личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной ПМПК города Когалыма. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *подпись расшифровка подписи*

Приложение 10

 к порядку работы ТПМПК

 Руководителю

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

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

 *(наименование ТПМПК, фамилия, инициалы руководителя)*

НАПРАВЛЕНИЕ

на обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование ТПМПК*

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

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

*наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность,*

*социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации*

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

*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. обследуемого, дата рождения)*

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

*Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ТПМПК.*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (расшифровка подписи)*

М.П.

Приложение 11

к порядку работы ТПМПК

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) обучающегося: |  |
| Дата рождения обучающегося: |  |
| 1. Общие сведения.1.1. Группа или класс обучения на день подготовки представления: |  |
| 1.2. Дата зачисления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность: |  |
| 1.3. Наименование и вариант (при наличии) образовательной программы, по которой организовано образование обучающегося: |  |
| 1.4. Форма получения образования (выбрать нужное): |
|  в организации, осуществляющей образовательную деятельность (в группе комбинированной направленности, в группе компенсирующей направленности, в группе общеразвивающей направленности, в группе оздоровительной направленности, в общеобразовательном классе, в инклюзивном классе, в отдельном (коррекционном) классе для обучающихся с (указать категорию обучающихся с ограниченными возможностями здоровья), на дому, в медицинской организации, в иной группе или классе (указать, какой) (выбрать нужное); |
|  вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования, в форме самообразования (выбрать нужное). |
| 1.5. Использование при реализации образовательной программы электронного обучения, дистанционных образовательных технологий (выбрать нужное): |
|  да; |
|  нет. |
| 1.6. Использование сетевой формы реализации образовательной программы (выбрать нужное): |
|  да; |
|  нет. |
| 1.7. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (указать причину), перевод в другой класс, замена учителя начальных классов (однократная, повторная (выбрать нужное), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией; обучение на основе индивидуального учебного плана; обучение на дому; повторное обучение в классе; наличие частых и (или) хронических заболеваний; частые пропуски учебных занятий; иное (указать) (выбрать нужное).1.8. Состав семьи (указать, с кем проживает обучающийся, родственные связи, наличие братьев и (или) сестер).1.9. Трудности, переживаемые в семье: материальные; в связи с бракоразводным процессом; в связи с переездом в другой город или страну; плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи; низкий уровень образования одного или нескольких членов семьи; проживание с одним или несколькими членами семьи с антисоциальным поведением и (или) психическими расстройствами (выбрать нужное);2. Сведения об условиях и результатах обучения:2.1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент поступления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность (указать в соотношении с возрастными нормами развития).2.2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент подготовки представления (указать в соотношении с возрастными нормами развития).2.3. Характеристика динамики познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать период).2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать период) *(для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с нарушением интеллекта).*2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (указать соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям федеральной основной образовательной программы, в том числе адаптированной, или, для обучающегося по программе дошкольного образования - достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного общего образования, среднего общего образования, профессионального образования - достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях).2.6. Индивидуальные особенности обучающегося, влияющие на результат обучения (указываются особенности: мотивации к обучению; коммуникации с педагогами и одноклассниками; ситуации, в которых возникает эмоциональная напряженность; уровень истощаемости и иные особенности обучающегося).2.7. Отношение семьи к трудностям обучающегося.2.8. Организация коррекционно-развивающей и психолого-педагогической помощи для обучающегося (указывается: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов).2.9. Характеристики взросления (указывается: характер занятости во внеучебное время; отношение к учебе; отношение к педагогическому воздействию; характер и значимость общения со сверстниками; значимость виртуального общения; способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих; самооценка; особенности психосексуального развития (при наличии); религиозные убеждения (при наличии, с указанием характера проявления (навязывает другим, или не актуализирует) жизненные планы и профессиональные намерения).2.10. Характеристика поведенческих девиаций *(для подростков и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении)* (указывается: совершенные в прошлом или текущие правонарушения; наличие самовольных уходов из дома и (или) бродяжничества; проявления агрессии (физической и (или) вербальной); склонность к насилию; отношение к курению, алкоголю, наркотика и иным психоактивным веществам); сквернословие; отношение к компьютерным играм; повышенная внушаемость; дезадаптивные черты личности).2.11. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы.2.12. Дополнительная информация (указывается: хобби, увлечения, интересы; принадлежность к молодежной субкультуре (субкультурам).2.13. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута обучающегося, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и (или) условий проведения индивидуальной профилактической работы. |
| Приложение: (сведения о текущей успеваемости, о результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копия приказа об организации обучения на дому и (или) в медицинской организации). |

Дата составления представления.

Руководитель организации,

осуществляющей образовательную

деятельность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка подписи)

Председатель психолого-педагогического

 консилиума (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка подписи)

Члены психолого-педагогического

консилиума или специалист (специалисты),

осуществляющие психолого-педагогическое

сопровождение обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (расшифровка подписи)

МП организации,

осуществляющей образовательную деятельность

Приложение 12

к порядку работы ТПМПК

*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 расстройств по МКБ-10)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Подпись специалиста, заполняющего выписку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**М.П.**

Приложение 13

к порядку работы ТПМПК

БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

о создании специальных условий для получения образования\*

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:

Дата рождения:

Заключение: нуждается (не нуждается) в создании специальных условий для получения образования.

Образовательная программа: *указывается наименование рекомендованной образовательной программы*

Вариант образовательной программы: *указывается вариант рекомендованной образовательной программы*

Уровень образования: *указывается уровень образования в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»*

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения
и дистанционных образовательных технологий: *указывается «да» или «нет»*

Предоставление услуг ассистента (помощника): *указывается «да» или «нет»*

Специальные методы обучения: *указывается «в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы: *указывается
«в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные технические средства обучения: *указывается «в соответствии
с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Обеспечение доступа в здания и помещения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление тьюторского сопровождения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):

Социальный педагог:

Другие условия:

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Особые рекомендации территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:

Срок проведения обследования с целью подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций:

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Члены ТПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| подпись родителя (законного представителя) |  |  | (расшифровка подписи) |

\*Бланк применяется в случаях, не предусмотренных «АИС ПМПК»

Приложение 13

к порядку работы ТПМПК

(Официальный бланк психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении государственной итоговой**

**аттестации, процедур допуска к государственной итоговой аттестации**

**по образовательным программам основного общего/среднего**

**общего образования**

**Протокол от** \_\_\_\_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество обследуемого:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Основания для выбора формы ГИА (имеются/не имеются)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основания для организации пункта проведения экзаменов (ППЭ), места проведения итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), на дому (имеются/не имеются)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать: категорию участников экзаменов: участники с ОВЗ, участники – дети-инвалиды, инвалиды, лица, обучающиеся по состоянию здоровья на дому, в образовательных организациях, в том числе санаторно-курортных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, наличие медицинского заключения, место расположения ППЭ для организации ГИА: на дому, медицинские, образовательные организации, в том числе санаторно-курортные, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, в соответствии с пунктами 49 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 58 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации
 и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552).*

**Основания для создания условий (имеются/не имеются)** .

**Условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** *(указать конкретные условия для лиц с ОВЗ без инвалидности с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в соответствии с пунктами 50 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 59 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):*

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

**Основания для создания специальных условий (имеются/не имеются)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации
и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** *(указать конкретные специальные условия с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в зависимости от состояния здоровья, особенностей психофизического развития
в соответствии с пунктами 51 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от
4 апреля 2023 года № 232/551, 60 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от
4 апреля 2023 года № 233/552):*

*\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Члены ТПМПК:

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи рекомендаций ТПМПК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

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

*(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)*

Приложение 13

к порядку работы ТПМПК

БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

о создании условий проведения индивидуальной профилактической работы

с обучающимся

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕКОМЕНДОВАНО:

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Социальный педагог:

Другие условия:

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Члены ТПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| подпись родителя (законного представителя) |  |  | (расшифровка подписи) |

Приложение 14

к порядку работы ТПМПК

**(Официальный бланк территориальной психолого-медико-педагогической комиссии)**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о направлении на дообследование**

**Протокол от** \_\_\_\_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_\_

**Ф.И.О. обучающегося:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уровень образования:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Класс/группа:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обследование на ТПМПК проводится первично/повторно:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендации ТПМПК:**

Рекомендовано повторное прохождение ТПМПК после дообследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(специальность врача)*

с целью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Члены ТПМПК:

Руководитель комиссии (заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи рекомендаций ТПМПК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Оригинал заключения получен.

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

*(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)*

Приложение 15

к порядку работы ТПМПК

Примерный порядок действий

специалистов территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии (далее – ТПМПК) в случае несогласия родителей

(законных представителей) на обработку персональных данных

В случае несогласия родителей (законных представителей) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных ребенка, подлежащего обследованию, по достижении целей обработки персональных данных необходимо:

1. Получить письменный отказ родителя (законного представителя)
от обработки (систематизации, накопления, копирования, хранения, иного распространения и использования) персональных данных на ТПМПК
(в произвольной форме).

2. Предусмотреть возможность обезличивания субъекта персональных данных в журнале записи детей на обследование, журнале учета детей, прошедших обследование, сохранив последовательную нумерацию в указанных журналах.

3. Создать комиссию по работе с персональными данными в количестве не менее трех человек для принятия решения об уничтожении персональных данных.

4. Комиссии по работе с персональными данными необходимо:

4.1. В течение 30 дней, с даты получения отказа от обработки персональных данных субъекта, уничтожить носители (бумажные, электронные), содержащие персональные данные субъекта.

4.2. Составить и подписать Акт об уничтожении персональных данных субъекта.

4.3. Зафиксировать факт уничтожения носителей персональных данных субъекта в журнале уничтожения носителей персональных данных.

5. Уведомить лицо, обратившееся с отказом от обработки персональных данных, об уничтожении персональных данных путем направления соответствующего уведомления в день подписания Акта об уничтожении персональных данных субъекта.

6. При несогласии родителей (законных представителей) на обработку (систематизацию, накопление, копирование, хранение, иное распространение
и использование) персональных данных, услуга по обследованию ТПМПК предоставляется в полном объеме

Приложение 16

к порядку работы ТПМПК

*Наименование образовательной организации*

**Заявка-список обучающихся (воспитанников)** **на проведение обследования ТПМПК**

**на \_\_\_\_\_\_\_\_ (календарный) год**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО ребенка | Дата рождения,возраст | Группа/Класс\* | Цель обследования (изменение/уточнение образовательного маршрута, обжалование родителями (законными представителями) заключения ПМПК и т.д.) | Реквизиты предшествующего заключения ТПМПК, рекомендованнаяв заключении образовательная программа | Нозологическая группа\*\* | Примечание |
| I полугодие (январь-май) |
| Дошкольное образование (ДО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Начальное общее образование (НОО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Основное общее образование (ООО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Среднее общее образование (СОО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| II полугодие (сентябрь-декабрь) |
| Дошкольное образование (ДО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Начальное общее образование (НОО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Основное общее образование (ООО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Среднее общее образование (СОО) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |