

Председателю территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии города Нягань  
Ерофеевой Ирине Николаевне

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителей (законных представителей)

**заявление.**

Прошу провести обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_  
Регистрация по месту жительства ребенка \_\_\_\_\_

**Согласен (-ы) на его обследование специалистами психолого-медико-педагогической комиссии в составе:** психиатр детский, врач-педиатр, учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог-психолог, социальный педагог, специалист Управления опеки и попечительства, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед.

**Поставлен (ы) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань:** копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка; постановление об опекунстве, паспорт опекуна (копия); заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии); заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии); выписка из истории развития ребенка с заключением врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации); характеристика обучающихся, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательной организации); письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

На основании запроса территориальной ПМПК может запрашиваться дополнительная медицинская информация на ребенка/подростка для уточнения его образовательного маршрута.

**Ознакомлен (а/ы) с основными направлениями деятельности, местом нахождения, порядком обследования и графиком работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягань (датой, временем и местом проведения обследования), а также со своими правами и правами ребенка, связанными с проведением обследования.**

Мать \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Опекун \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

ФИО подростка (старше 15 лет) \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес, телефон заявителя \_\_\_\_\_

**Согласен (а/ы) на обработку персональных данных:**

- своих

Подпись: \_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
\_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)

- своего ребенка

Подпись: \_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
\_\_\_\_\_ /Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань без моего присутствия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, подпись)

Прошу проводить обследование ребенка территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Нягань в моем присутствии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, подпись)

Согласен (-а) с проведением медицинского обследования специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягань (для детей, достигших возраста 15 лет): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата, подпись, Ф.И.О. ребенка)

Копию заключения территориальной ПМПК г. Нягань, выписку из протокола территориальной ПМПК г. Нягань (при наличии), особое мнение специалистов (при наличии) прошу выдать: при личном обращении, направить по почте (нужное подчеркнуть).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, подпись)

**Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
название образовательной организации

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Группа/ класс \_\_\_\_\_

Срок коррекционной работы в образовательной организации \_\_\_\_\_

Образовательная программа (полное название) \_\_\_\_\_

Динамика усвоения образовательной программы (положительная, отрицательная, волнообразная, незначительная, недостаточная, малопродуктивная и др.) \_\_\_\_\_

Успеваемость (для учащихся):

Предметы	Годовые оценки за предшествующие годы обучения								Оценки в текущем году			
	2 кл.	3 кл.	4 кл.	5 кл.	6 кл.	7 кл.	8 кл.	9 кл.	I ч.	II ч.	III ч.	IV ч.
Пропуски												
Из них по болезни												

Соматическое состояние (физическое развитие, группа здоровья, «Д» учет) \_\_\_\_\_

Особенности поведения, общения \_\_\_\_\_

Заключение педагога-психолога (с указанием варианта развития тотального/ парциального/ искаженного) \_\_\_\_\_

Заключение учителя-дефектолога (соответствие интеллектуального развития возрастной норме) \_\_\_\_\_

Заключение учителя-логопеда \_\_\_\_\_

Цель направления ребенка на территориальную ПМПК (определение, уточнение, изменение, подтверждение и др. образовательного маршрута) \_\_\_\_\_

Руководитель образовательной организации \_\_\_\_\_

Председатель психолого-медико-педагогического консилиума \_\_\_\_\_

Члены психолого-медико-педагогического консилиума (Ф.И.О., должность) \_\_\_\_\_

М.П.

### Заключение учителя-логопеда на ребенка дошкольного возраста

Ф. И. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

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

Дата обследования \_\_\_\_\_

Указать использованный методический комплекс \_\_\_\_\_

Речевое окружение (недостатки речи у взрослых членов семьи, двуязычие) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Раннее речевое развитие (первые слова, фразы, ЗРР) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Общая характеристика общения (активен, многословен, навязчив, избирателен, пассивен, агрессивен и др.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Состояние просодической стороны речи (темп, ритм, выразительность, голос) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особенности строения и подвижности артикуляционного аппарата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особенности строения и подвижность артикуляционного аппарата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Звукопроизношение (изолированное произнесение, в словах, фразах; замены, смешение, пропуски, искажение звуков; обязательно – примеры речи) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фонематический слух (какие звуки не дифференцирует по акустическим признакам на уровне слога, слова: состояние фонематического анализа и синтеза) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Состояние словаря (понимание уровня обращенной речи, соответствие возрасту пассивного и активного словарного запаса, точное значение слов, употребление частей речи и т.д.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Грамматический строй речи (на уровне слогового состава, словосочетания, фразы; владение функциями словоизменения, словообразования; обязательно – примеры речи) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Связная речь (какие фразы использует, качество рассказа, наличие языковых и выразительных средств) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Состояние общей и мелкой моторики (ведущая рука, подготовка руки к письму) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Симптоматика заикания \_\_\_\_\_

Логопедическое заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись учителя-логопеда (расшифровка подписи - ФИО) \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_

## Заключение педагога-психолога на ребенка

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата и время проведения обследования \_\_\_\_\_

Присутствие третьего лица \_\_\_\_\_

Перечень использованных методик \_\_\_\_\_

Особенности контакта (контактность, ориентация на совместную работу, понимание инструкции простой/ сложной, соблюдение дистанции/ бездистантность, целенаправленность и импульсивность поведения, расторможенность/ тормозимость)

Эмоционально-волевой сферы (адекватность эмоциональной реакции и наличие немотивированных колебаний в настроении (аффективные вспышки, проявление негативных реакций, эйфория/ дифория), проявление волевых качеств и др.) \_\_\_\_\_

Особенности деятельности:

Работоспособность \_\_\_\_\_

Темп деятельности, утомляемость \_\_\_\_\_

Перенос на аналогичный материал \_\_\_\_\_

Принимаемая помощь и объем \_\_\_\_\_

Сформированность пространственных и временных представлений (различие право/ лево, верх/ низ, части суток, дни недели, месяцы, времена года, часы, распознавание местоположения объектов в окружающей среде или по отношению друг к другу, знание родственных отношений и др.) \_\_\_\_\_

Особенности интеллектуально-мнестической деятельности:

Характеристика понимания инструкции \_\_\_\_\_

Ориентировка в заданиях разного уровня сложности \_\_\_\_\_

Удержание цели \_\_\_\_\_

Целенаправленность и осмысление производимых действий \_\_\_\_\_

Восприятие (избирательность, осмысленность, особенности восприятия цвета, формы, величины) \_\_\_\_\_

Внимание (объем, устойчивость, переключаемость, концентрация и др.) \_\_\_\_\_

Память (преобладающая память: слуховая/ зрительная/ моторная, особенности запоминания и восприятия) \_\_\_\_\_

Мышление, протекание мыслительных процессов (преобладающий тип: наглядно-действенное, словесно-логическое, процессы анализа и синтеза, обобщения; установление последовательности событий; установление причинно-следственных связей, выделение существенных признаков при классификациях и сравнении предметов; обоснованность выделения лишнего предмета; понимание переносного смысла загадок, пословиц и метафор и др.) \_\_\_\_\_

Заключение педагога-психолога (с указанием варианта развития тотального/ парциального/ искаженного).

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись педагога-психолога (расшифровка подписи - ФИО) \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_

**Заключение дефектолога по результатам первичного обследования ребенка  
дошкольного возраста**

*(составляет учителем-дефектологом дошкольной образовательной организации)*

Ф. И. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

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

Состояние моторики (общие движения, мелкие движения) (умение держать карандаш) \_\_\_\_\_

Уровень развития детской деятельности:

*Особенности игровой деятельности* (интерес к игрушкам, самостоятельные действия, отсутствие игры и др.) \_\_\_\_\_

*Избирательная деятельность* (описание особенностей с учетом возрастной группы, обязательно – на конкретных примерах):

рисование \_\_\_\_\_

лепка \_\_\_\_\_

аппликация \_\_\_\_\_

конструирование (работа с разрезными картинками, кубиками, графическая деятельность: соотносит сам/ соотносит с помощью, действует методом проб и ошибок) \_\_\_\_\_

*Самообслуживание* \_\_\_\_\_

Уровень развития психических процессов:

(Обязательно – с указанием конкретных показателей в ходе обследования на используемом диагностическом материале) \_\_\_\_\_

*Восприятие* (цвет, величина, целостный образ, форма, знание названий дней недели, времени года, месяцев, частей суток, их соотношение; знание возраста, адреса, родственных отношений) \_\_\_\_\_

*Память* (удержание словесной инструкции, заучивание и воспроизведение стихов, сказок) \_\_\_\_\_

*Мышление* (преобладающий тип: наглядное-действенное, наглядно-образное, словесно-логическое) \_\_\_\_\_

Сформированность предпосылок учебной деятельности (для детей старшего дошкольного возраста):

*наличие устойчивых познавательных интересов* (способность принимать и удерживать учебную задачу, степень интереса к заданию, мотивы) \_\_\_\_\_

*овладение общими способами действий* (способы, позволяющие решать ряд практических и познавательных задач, выделять новые связи и компоненты) \_\_\_\_\_

*самостоятельное нахождение способов выполнения практических и познавательных задач* (осмысленность своих действий и их результатов, способность переносить усвоенный способ действия в новые, измененные условия) \_\_\_\_\_

*контроль способа выполнения собственных действий* (умение действовать по инструкции, в соответствии с образцом, умение находить несоответствие между заданным и полученным результатами, осуществление коррекции своего действия) \_\_\_\_\_

Характер и способ общения \_\_\_\_\_

Эмоционально-волевая сфера (личностные особенности ребенка, его поведения) \_\_\_\_\_

Заключение (соответствие интеллектуального развития возрастной норме) \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись дефектолога (расшифровка подписи – Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_

**Заключение дефектолога по результатам первичного обследования учащегося**  
(составляет учителем-дефектологом школы в свободной форме)

Ф. И. О. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

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

Особенности эмоционально-волевой сферы (контактность, преобладающий тон настроения, способность к регуляции поведения и соблюдению предъявляемых требований, произвольность, проявление негативизма, реакция на успех/ похвалу, наличие эффективных реакций) \_\_\_\_\_

Общая осведомленность и социально-бытовая ориентация \_\_\_\_\_

Учебная деятельность:

*Общая характеристика учебной деятельности и работоспособность*, понимание инструкции (понимает сразу, после повтора, после разъяснения, не понимает и др.) \_\_\_\_\_

целенаправленность \_\_\_\_\_

неравномерность деятельности, импульсивность/инертность \_\_\_\_\_

способность к волевому усилию при возникновении трудностей \_\_\_\_\_

потребность в помощи (стимулирующая/ организующая/ направляющая/ обучающая помощь) \_\_\_\_\_

способность переноса на аналогичные задания \_\_\_\_\_

уровень познавательной активности \_\_\_\_\_

общий темп и продуктивность деятельности \_\_\_\_\_

отношение к результатам деятельности \_\_\_\_\_

Сформированность учебных навыков в соответствии с программными требованиями:

*Математика:*

- сформированность понятия числа, числовой последовательности \_\_\_\_\_

- вычислительные навыки \_\_\_\_\_

- навыки решения задач \_\_\_\_\_

- характерные ошибки \_\_\_\_\_

*Русский язык:*

- навыки каллиграфического письма \_\_\_\_\_

- навыки орфографического письма под диктовку \_\_\_\_\_

- списывание текста \_\_\_\_\_

- выполнение грамматических заданий \_\_\_\_\_

- характерные ошибки \_\_\_\_\_

Заключение учителя-дефектолога (соответствие интеллектуального уровня возрастной норме): \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Подпись дефектолога (расшифровка подписи – ФИО) \_\_\_\_\_

М.П.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_

### Выписка из истории развития ребенка

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Медицинская организация (по месту жительства (регистрации)) \_\_\_\_\_

### Анамнестические данные о ребенке

Беременность (по счету) \_\_\_\_\_ Течение беременности \_\_\_\_\_  
Роды (по счету) \_\_\_\_\_ Срок \_\_\_\_\_  
Особенности протекания родов \_\_\_\_\_  
Вес \_\_\_\_\_ Длина \_\_\_\_\_ Оценка по АПГАР \_\_\_\_\_

### Раннее развитие (сроки появления показателей)

Голову держит \_\_\_\_\_ Комплекс оживления \_\_\_\_\_  
Сидит \_\_\_\_\_ Стоит \_\_\_\_\_ Ходит \_\_\_\_\_

### Раннее речевое развитие (сроки появления показателей)

Гуление \_\_\_\_\_ Лепет \_\_\_\_\_ Первые слова \_\_\_\_\_  
Простая фраза \_\_\_\_\_  
Развернутая фраза \_\_\_\_\_  
Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наследственность со стороны других близких, родственников (туберкулез, венерические заболевания, психические заболевания, умственная отсталость и др.) \_\_\_\_\_

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

1. Офтальмолог: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

2. Оториноларинголог: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

3. Педиатр: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

4. Невролог: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалист \_\_\_\_\_

5. Ортопед: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

6. Психиатр детский: \_\_\_\_\_

Дата, подпись, Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

М.П.

## Характеристика обучающегося

(на ребенка дошкольного возраста)

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_

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

Группа \_\_\_\_\_

С какого возраста посещает данную группу \_\_\_\_\_

Характеристика игровой деятельности (сюжетно-ролевые игры, длительность, играет один, в паре, коллективно и др.) \_\_\_\_\_

Сформированность предпосылок учебной деятельности (для детей старшего дошкольного возраста)

*Наличие устойчивых познавательных интересов* (способность принимать и удерживать учебную задачу, степень интереса к заданию, мотивы) \_\_\_\_\_

*Самостоятельность нахождения способов выполнения практических и познавательных задач* (осмысленность своих действий и их результатов, способность переносить усвоенный способ действия в новые, измененные условия) \_\_\_\_\_

*Контроль способа выполнения собственных действий* (умение действовать по инструкции, в соответствии с образцом, умение находить несоответствие между заданными и полученными результатами, осуществлять коррекцию своего действия) \_\_\_\_\_

Поведение в группе и общение с взрослыми (понимание требований воспитателя, поведение на занятиях и в играх с детьми) \_\_\_\_\_

Работоспособность (как включается в работу, переключаемость с одного вида деятельности на другой, темп работы, когда наблюдается спад работоспособности) \_\_\_\_\_

Социально-бытовые навыки (самообслуживание, помощь воспитателю и детям, опрятность) \_\_\_\_\_

Состояние общей и мелкой моторики (координация движений, ведущая рука, владение ножницами, карандашом, кисточкой) \_\_\_\_\_

Эмоциональное состояние в различных ситуациях (раздражение, агрессия, испуг, истерики, заторможенность) \_\_\_\_\_

Индивидуальные особенности ребенка \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись воспитателя (расшифровка подписи - ФИО)

М.П.

Подпись руководителя \_\_\_\_\_



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

*Краткие анамнестические сведения:*

Оценка по шкале Апгара \_\_\_\_\_

Диагноз при выписке \_\_\_\_\_

*Раннее психомоторное развитие (сроки появления показателей):*

Головку держит с \_\_\_\_\_ Сидит с \_\_\_\_\_ Ползает \_\_\_\_\_

Стоит с \_\_\_\_\_ Ходит с \_\_\_\_\_

*Раннее речевое развитие:*

Гуление \_\_\_\_\_ Лепет \_\_\_\_\_ Первое слово \_\_\_\_\_

Простая фраза \_\_\_\_\_ Развернутая фраза \_\_\_\_\_

*Перенесенные заболевания в возрасте до 3-х лет (тяжелые соматические, инфекции, травмы, судороги при высокой температуре, оперативные вмешательства)* \_\_\_\_\_

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

*4. Результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов:*

*4.1. Результаты медицинского обследования, выводы:*

**Педиатра** \_\_\_\_\_

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

*Выводы:* \_\_\_\_\_

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

**Невролога** \_\_\_\_\_

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

*Выводы:* \_\_\_\_\_

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

**Офтальмолога** \_\_\_\_\_

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

*Выводы:* \_\_\_\_\_

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

**Оториноларинголога:** \_\_\_\_\_

**Выводы:** \_\_\_\_\_

**Ортопеда:** \_\_\_\_\_

**Выводы:** \_\_\_\_\_

**Психиатра детского:** \_\_\_\_\_

**Выводы:** \_\_\_\_\_

**4.2. Результаты обследования педагога-психолога** \_\_\_\_\_

**Выводы:** \_\_\_\_\_

4.3. Результаты речевого обследования, выводы:

**Учителя-дефектолога (олигофренопедагога)**

Выводы:

**Учителя-дефектолога (тифлопедагога)**

Выводы:

**Учителя-дефектолога (сурдопедагога)**

Выводы:

**Учителя-логопеда**

Выводы:

4.4. Результаты социально-педагогического обследования, выводы:  
**Социального педагога:** \_\_\_\_\_

Выводы: \_\_\_\_\_

**Специалиста Управления опеки и попечительства** \_\_\_\_\_

Выводы: \_\_\_\_\_

5. *Особые мнения специалистов (при наличии)*

6. *Общие выводы*

6.1. *О наличии (отсутствии) у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении* \_\_\_\_\_

6.2. *Несовершеннолетний является/ не является лицом с ограниченными возможностями здоровья (нужное подчеркнуть).*

6.3. *Нуждается/ не нуждается в создании специальных условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе социальных педагогических подходов (нужное подчеркнуть).*

7. Коллегиальное заключение территориальной ПМПК г. Нягань

7.1. Рекомендации по форме получения образования, форме обучения \_\_\_\_\_

7.2. Рекомендации по режиму обучения \_\_\_\_\_

7.3. Рекомендации по образовательной программе \_\_\_\_\_

7.4. Рекомендации по формам и методам психолого-медико-педагогической помощи \_\_\_\_\_

7.5. Рекомендации по созданию специальных условий для получения образования:

- обеспечение архитектурной доступности \_\_\_\_\_

- предоставление услуг ассистента (помощника) \_\_\_\_\_

- предоставление услуг тьютера \_\_\_\_\_

- специальные технические средства обучения \_\_\_\_\_

- специальные учебники и дидактические пособия \_\_\_\_\_

- другие условия (указать) \_\_\_\_\_



**Заключение**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягань**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_

**Выводы:**

1. О наличии (отсутствии) у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонении в поведении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Рекомендации по созданию специальных условий для получения образования:

- обеспечение архитектурной доступности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- предоставление услуг ассистента (помощника) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Дневник динамического наблюдения ребенка,  
прошедшего обследование территориальной ПМПК

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_

Адрес и телефон для связи с родителями (законными представителями) \_\_\_\_\_

Образовательная программа \_\_\_\_\_

класс/группа \_\_\_\_\_  
(заполняется образовательной организацией)

Дата регистрации информации о динамике развития ребенка/ подростка	Протокол территориальной ПМПК № _____ от « ____ » _____ 20 ____ года
Заключение территориальной/ центральной ПМПК по результатам диагностики обследования/ динамического контроля	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Источник информации о динамике развития ребенка/подростка	<p>- заключение ПМПк ОО:</p> <p>- представление социального педагога на обучающегося;</p> <p>- педагогическое представление на обучающегося;</p> <p>- психологическое представление;</p> <p>- дефектологическое представление;</p> <p>- логопедическое представление;</p> <p>- письменные работы по математике и русскому (родному языку), рисунки, поделки и другие результаты продуктивной деятельности;</p> <p>- выписка из истории развития ребенка</p>
Характеристика динамики развития ребенка/ подростка (положительная, отрицательная, незначительная, волнообразная, недостаточная, малопродуктивная и др.)	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Примечание (дата повторного обследования по результатам динамического наблюдения обучающегося)	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>





















