

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 общении 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 \_\_\_\_\_

ПРОТОКОЛ  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии  
города Нягань

№ \_\_\_\_\_  
Код ПМПК                      Год                      Порядок №

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

*1. Сведения о ребенке*

Ребенок (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

Дата рождения/возраст \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_

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

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Обследование на ТППК проводится первично/повторно \_\_\_\_\_

Кем направлен на комиссию \_\_\_\_\_  
(самостоятельное решение родителя (законного представителя), направление образовательной организации, организации, осуществляющей образовательную деятельность, направление медицинской организации, направление другой организации (указать), нужно подчеркнуть)

Где обучается (воспитывается), история обучения \_\_\_\_\_

Усвоение образовательной программы \_\_\_\_\_

*2. Перечень документов, предоставленных для проведения обследования:*

№	Перечень документов для проведения обследования	Наличие
1.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка	
2.	Заявление о проведении обследования/ согласие на проведение обследования ребенка	
3.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка	
4.	Направление образовательной организации, организации осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)	
5.	Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации	
6.	Заключение специалиста, осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение:	
6.1.	учителя-логопеда	
6.2.	педагога-психолога	
6.3.	дефектолога (при наличии)	
7.	Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)	
8.	Выписка из истории развития ребенка с заключением врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)	
9.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательной организации)	
10.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике,	

	результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка	
	Другие документы:	
	Подпись родителя (законного представителя), подтверждающая факт предоставления документов	

### 3. Выписка из истории развития ребенка

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. Предоставление специальных условий для получения образования обучающегося с ОВЗ в образовательной организации:

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

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

7. Коллегиальное заключение территориальной ПМПК г. Нягань

7.1. Образовательная программа \_\_\_\_\_

7.2. Вариант программы (при наличии) \_\_\_\_\_

7.3. Уровень образования/этап обучения \_\_\_\_\_

7.4. Форма получения образования, форма обучения \_\_\_\_\_

7.5. Режим обучения \_\_\_\_\_

7.6. Срок реализации программы: \_\_\_\_\_

7.7. Обеспечение архитектурной доступности: \_\_\_\_\_

7.8. Предоставление услуг ассистента (помощника): *нуждается (на какой период, при каких условиях)/не нуждается* \_\_\_\_\_

7.9. Предоставление услуг тьютора: *нуждается (на какой период)/не нуждается.* \_\_\_\_\_

7.10. Специальные методы обучения: \_\_\_\_\_

7.11. Специальные учебники: \_\_\_\_\_

7.12. Специальные учебные пособия и дидактические материалы: \_\_\_\_\_

7.13. Специальные технические средства обучения: *нуждается/не нуждается.* \_\_\_\_\_

7.14. Требования к организации образовательного пространства: \_\_\_\_\_

7.15. *Нуждается/не нуждается в предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации (в том числе указать период)*

Направления работы:

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (тифлопедагог): \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (сурдопедагог): \_\_\_\_\_

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

7.16. Другие специальные условия: \_\_\_\_\_

7.17. Срок повторного обследования с целью динамики обучающегося и возможностей коррективной рекомендации: \_\_\_\_\_

7.18. Основание для выбора формы ГИА и создания специальных условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_

7.19. Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования/среднего общего образования (перечислить в зависимости от психофизических возможностей здоровья): \_\_\_\_\_

8. Сведения о специалистах территориальной ПМПК г. Нягань (Функции, Ф.И.О., подписи специалистов, подтверждающие участие в обследовании и гарантии конфиденциальности):

Председатель комиссии: _____	Заместитель председателя комиссии: _____	Врач-педиатр: _____
Психиатр детский: _____	Учитель-дефектолог: _____	Учитель-логопед: _____
Педагог-психолог: _____	Специалист Управления опеки и попечительства: _____	Социальный педагог: _____
Учитель-дефектолог (тифлопедагог): _____	Учитель-дефектолог (сурдопедагог): _____	_____

Обследование ребенка проведено в присутствии родителя (-ей) (законного (-ых) представителя (-ей)) (Ф.И.О., подпись): \_\_\_\_\_

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен(а). Родитель (-и) (законный (-е) представитель (-и)) \_\_\_\_\_

Копия заключения получена \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка подписи)

М.П.

## Заключение

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягань

Протокол Код \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ года

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон \_\_\_\_\_

Обследование на ТППК проводится первично/повторно \_\_\_\_\_

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

Предоставление специальных условий для получения образования обучающегося с ОВЗ в образовательной организации:

нуждается/не нуждается в создании специальных условий (коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе социальных педагогических подходов) на период \_\_\_\_\_

1. Образовательная программа: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Вариант программы (при наличии): \_\_\_\_\_

3. Уровень образования/этап обучения: \_\_\_\_\_

4. Форма обучения: \_\_\_\_\_

5. Режим обучения: \_\_\_\_\_

6. Срок реализации программы: \_\_\_\_\_

7. Обеспечение архитектурной доступности: \_\_\_\_\_

8. Предоставление услуг ассистента (помощника): нуждается (на какой период, при каких условиях)/не нуждается \_\_\_\_\_

9. Предоставление услуг тьютора: нуждается (на какой период)/не нуждается. \_\_\_\_\_

10. Специальные методы обучения: \_\_\_\_\_

11. Специальные учебники: \_\_\_\_\_

12. Специальные учебные пособия и дидактические материалы: \_\_\_\_\_

13. Специальные технические средства обучения: нуждается/не нуждается. \_\_\_\_\_

14. Требования к организации образовательного пространства: \_\_\_\_\_

15. Направления коррекционно-развивающей работы, психолого-педагогической помощи:

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_

16. Другие специальные условия: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Нуждается/не нуждается в предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации (в том числе указать период) \_\_\_\_\_

Направления работы: \_\_\_\_\_

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_

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

17. Срок повторного обследования с целью динамики обучающегося и возможностей корректировки рекомендаций: \_\_\_\_\_

18. Основание для выбора формы ГИА и создания специальных условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_

19. Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования/среднего общего образования (перечислить в зависимости от психофизических возможностей здоровья): \_\_\_\_\_

Председатель комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (Ф.И.О.) (подпись)

Заместитель председателя комиссии \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (Ф.И.О.) (подпись)

Члены комиссии:

1. Психиатр детский \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

2. Врач-педиатр \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

3. Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

4. Учитель-логопед \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

5. Педагог-психолог \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

6. Социальный педагог \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

7. Специалист Управления опеки и попечительства \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

8. Учитель-дефектолог (тифлопедагог) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

9. Учитель-дефектолог (сурдопедагог) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

10. Другие специалисты \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Дата выдачи заключения ТПМПК: \_\_\_\_\_

М.П.

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

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> <p>_____</p>
Источник информации о динамике развития ребенка/подростка	<ul style="list-style-type: none"> <li>- заключение ПМПк ОО:</li> <li>- представление социального педагога на обучающегося;</li> <li>- педагогическое представление на обучающегося;</li> <li>- психологическое представление;</li> <li>- дефектологическое представление;</li> <li>- логопедическое представление;</li> <li>- письменные работы по математике и русскому (родному языку), рисунки, поделки и другие результаты продуктивной деятельности;</li> <li>- выписка из истории развития ребенка</li> </ul>
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> <p>_____</p>
Примечание (дата повторного обследования по результатам динамического наблюдения обучающегося)	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>