

Приложение  
к приказу Комитета образования и науки  
Администрации города Нягани  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## ПОРЯДОК

работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани

### 1. Общие положения

1.1. Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани (далее – Порядок) регулирует деятельность территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани (далее – Комиссия).

Полное наименование: территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани.

Сокращенное наименование: ТПМПК г. Нягани.

1.2. Комиссия в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка (Конвенция о правах ребёнка, Декларация ООН о правах инвалидов), пунктом 16 статьи 2, пунктом 1 части 5 статьи 5, пунктом 1 части 1 статьи 9, статьей 79 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.11.1995 №181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральным законом от 24.07.1998 № 124 «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях при ее оказании», приказом Министерства образования и науки РФ от 20.09.2013 №1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», абзацем 2 пункта 13 Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 07.11.2018 №189/1513 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования», пунктом 15 Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 07.11.2018 №190/1512 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования», приказами Департамента образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа-Югра от 04.02.2015 №107 «Об утверждении Порядка взаимодействия субъектов образовательной деятельности при проведении обследования психолого-медико-педагогическими комиссиями в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре», от 28.01.2022 №10-П-84 «Об утверждении форм документов, используемых в работе психолого-медико-педагогических комиссий Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», иными нормативно-правовыми актами, настоящим Порядком.

1.3. Комиссия не является юридическим лицом, создается на базе Комитета образования и науки Администрации города Нягани (далее – Комитет) с целью своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее – обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

1.4. Место нахождения Комиссии: 628181, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, город Нягань, улица Загородных, дом 7а.

1.5. Комиссия имеет печать и бланки со своим наименованием (приложение 1 к

настоящему Порядку).

1.6. Комитет обеспечивает Комиссию необходимым оборудованием, компьютерной и оргтехникой, автотранспортом для организации ее деятельности.

1.7. Персональный состав Комиссии утверждается приказом Комитета. Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию города Нягани возглавляет руководитель. В состав комиссии входят: педагог-психолог, учитель-дефектолог (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог, специалист Управления опеки и попечительства. Состав комиссии формируется из специалистов муниципальных образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций города Нягани. Привлечение врачей в состав Комиссии осуществляется по согласованию с главным врачом БУ ХМАО-Югры «Няганская городская детская поликлиника», специалистов из образовательных организаций, не подведомственных Комитету, осуществляется по согласованию с руководителем данных организаций.

1.8. Комитет и образовательные организации, подведомственные Комитету, информируют родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы Комиссии.

1.9. Основные направления деятельности и права ТПМПК г. Нягани определены пунктами 10, 11 Положения о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 №1082.

## 2. Порядок проведения обследования детей

2.1. ТПМПК г. Нягани проводит обследование детей с 25 августа текущего года по 5 июня следующего года.

2.2. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, расположенных на территории города Нягани, ТПМПК г. Нягани осуществляется по письменному заявлению родителей (законных представителей) (приложение 2 к настоящему Порядку) или по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций (далее – Организация, Организации) (приложение 3 к настоящему Порядку) с письменного согласия родителей (законных представителей) (приложение 4 к настоящему Порядку).

Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их письменного согласия (приложение 5 к настоящему Порядку).

2.3. Список детей, обследуемых ТПМПК г. Нягани, формируется на основании заявлений родителей (законных представителей) и заявки Организаций (приложение 6 к настоящему Порядку). Заявки направляются Организациями в Комитет до 5 числа текущего месяца.

Сроки подачи заявления родителями (законными представителями) не регламентируются.

2.4. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами Комиссии осуществляется бесплатно.

2.5. Комиссия оказывает детям, самостоятельно обратившимся в Комиссию, консультативную помощь по вопросам оказания психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию об их правах.

2.6. Для проведения обследования ребенка родители (законные представители) предъявляют в Комиссию документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также

представляют следующие документы:

- заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в Комиссии, указанные в пункте 2.2 настоящего Порядка;
- копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- направление Организации, указанное в пункте 2.2 настоящего Порядка;
- согласие на обработку персональных данных (приложение 7 к настоящему Порядку);
- заключение (заключения) психолого-педагогического консилиума Организации (приложение 8 к настоящему Порядку) или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в Организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);
- заключение (заключения) Комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) (приложение 9 к настоящему Порядку);
- характеристику обучающегося, выданную Организацией (для обучающихся образовательных организаций) (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (предложение 10 к настоящему Порядку);
- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

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

В случае несогласия родителей (законных представителей) на обработку персональных данных специалисты Комиссии действуют в соответствии с порядком действий специалистов психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани в случае несогласия родителей (законных представителей) на обработку персональных данных, утвержденным приказом Комитета.

2.7. Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, осуществляется Комиссией, подведомственными Комитету Организациями (для обучающихся образовательных организаций) в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

2.8. Обследование детей проводится в помещениях, по месту размещения Комиссии, указанному в пункте 1.4 настоящего Порядка. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания и (или) обучения, в этом случае место проведения Комиссии определяется приказом Комитета.

2.9. Обследование детей проводится каждым специалистом Комиссии индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов Комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

При решении Комиссии о дополнительном обследовании оно проводится в другой день. Родителям (законным представителям) Комиссией выдается заключение о направлении на дообследование (приложение 11 к настоящему Порядку). Дата, время и место проведения дополнительного обследования определяется приказом Комитета.

2.10. В ходе обследования ребенка Комиссия ведет протокол (приложение 12 к настоящему Порядку) и оформляет заключение Комиссии. Заключение Комиссии оформляется с помощью программного продукта «Автоматизированная информационная система «ПМПК» (далее – АИС ПМПК). В случае отсутствия доступа в АИС ПМПК

заключение оформляется на бланке Комиссии (приложение 13 к настоящему Порядку). Протокол и заключение Комиссии оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами Комиссии, проводящими обследование, руководителем Комиссии (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью Комиссии.

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения продлевается по коллегиальному решению Комиссии, но не более чем на 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

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

2.11. В случае обращения в Комиссию родителей (законных представителей) несовершеннолетних, с целью создания условий при прохождении государственной итоговой аттестации им выдается заключение Комиссии о создании условий при проведении государственной итоговой аттестации по программам основного общего/среднего общего образования (приложение 14 к настоящему Порядку).

2.12. В случае обращения в Комиссию родителей (законных представителей) несовершеннолетних, Организаций с целью создания условий получения образования и организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением Комиссией выдается заключение о создании условий получения образования/об организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением (приложение 15 к настоящему Порядку).

2.13. Копии заключения Комиссии и копии особых мнений специалистов (при их наличии) (приложение 16 к настоящему Порядку) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении. Факт получения документов фиксируется в заключении Комиссии.

2.14. Заключение Комиссии носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

2.15. Заключение Комиссии действительно для представления в Комитет, Организации в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей в течение календарного года с даты его подписания.

2.16. Комитет, Организации обеспечивают условия для обучения и воспитания детей в соответствии с заключением Комиссии с согласия родителей (законных представителей).

### 3. Права и обязанности родителей (законных представителей)

3.1. Родители (законные представители) детей, обследуемых в Комиссии, имеют право:

3.1.1. Присутствовать при обследовании детей в Комиссии, обсуждении результатов обследования и вынесении Комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей.

3.1.2. Защищать законные права и интересы детей в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.3. Получать консультации специалистов Комиссии по вопросам обследования детей в Комиссии и оказания им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей.

3.1.4. В случае несогласия с заключением ТПМПК г. Нягани обжаловать его в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

3.2. Родители (законные представители) при прохождении детьми обследования обязаны:

3.2.1. Выполнять относящиеся к ним требования настоящего Порядка.

3.2.2. Представлять в Комиссию документы (в зависимости от особенностей развития ребенка и возрастных особенностей), указанные в пункте 2.6 настоящего Порядка.

#### 4. Права и обязанности членов Комиссии

4.1. Члены Комиссии имеют право:

4.1.1. Проводить консультативно-диагностическую работу как во время проведения Комиссии, так и на базе Организаций (по согласованию).

4.1.2. Запрашивать для обследования и проведения консультаций у родителей (законных представителей) документы о ребенке, перечисленные в п. 2.6 настоящего Порядка, а также при необходимости дополнительную информацию о ребенке у соответствующих органов и Организаций.

4.1.3. Составлять на основании данных индивидуального обследования заключение о характере нарушений в развитии ребенка и принимать коллегиальное решение о необходимости организации специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями.

4.1.4. Рекомендовать родителям (законным представителям) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья организацию обучения по адаптированным основным общеобразовательным программам для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и другими нарушениями развития и поведения.

4.1.5. Выдавать родителям (законным представителям) заключение с соответствующими рекомендациями.

4.1.6. Определять содержание и формы работы ТПМПК г. Нягани в соответствии с целью деятельности и настоящим Порядком.

4.1.7. При необходимости устанавливать связи с научно-исследовательскими и лечебными учреждениями.

4.1.8. Формировать электронную базу учета данных детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории города Нягани.

4.2. Члены Комиссии обязаны:

4.2.1. Руководствоваться в своей деятельности профессиональными, этическими и нравственными принципами.

4.2.2. Оказывать содействие обратившимся в Комиссию в получении квалифицированной психолого-медико-педагогической и социальной помощи с использованием современных стандартизованных диагностических и коррекционно-обучающих методов и средств.

4.2.3. Обеспечивать уважение и защиту человеческого достоинства обратившихся в Комиссию. Соблюдать врачебную тайну, не разглашать персональные сведения о детях и информацию, относящуюся к служебной и коммерческой тайнам.

Члены Комиссии дают обязательство о неразглашении персональных данных в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» (приложение 22 к настоящему Порядку);

4.2.4. Обеспечивать соблюдение научно-обоснованных временных нормативов обследования детей с учетом того, что первичное диагностическое обследование ребенка осуществляется в течение двух часов (астрономические часы), повторное обследование - один час. В течение этого времени специалисты Комиссии осуществляют: анализ первичной информации; непосредственное обследование ребенка; коллегиальное обсуждение результатов обследования ребенка специалистами; оформление документации (заполнение протокола обследования, журнала учета детей, коллегиального заключения Комиссии), ознакомление родителей (законных представителей) с коллегиальным

заклЮчением Комиссии под роспись.

4.2.5. Качественно и своевременно выполнять свои функции.

## 5. Документация Комиссии

5.1. Комиссия ведет следующие документы:

а) журнал записи детей на обследование (приложение 17 к настоящему Порядку);  
б) журнал информирования родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования ТПМПК г. Нягани (приложение 18 к настоящему Порядку);

в) журнал учета детей, прошедших обследование (приложение 19 к настоящему Порядку);

г) карта ребенка, прошедшего обследование ТПМПК г. Нягани. В состав карты входят протокол обследования и заключение Комиссии, указанные в пункте 2.10. настоящего Порядка, а также документы, указанные в пункте 2.6. настоящего Порядка. Карта может быть дополнена другими документами и материалами, имеющими непосредственное отношение к обследованию ребенка.

д) электронная база учета данных детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) подведением, проживающих на территории города Нягани (приложение 20 к настоящему Порядку);

е) протокол, указанный в пункте 2.10 настоящего Порядка;

ж) журнал консультирования родителей (законных представителей) по вопросам деятельности ТПМПК г. Нягани (приложение 21 к настоящему Порядку).

5.2. Документация, указанная в подпунктах «а», «б», «в» пункта 5.1, хранится не менее 5 лет после окончания их ведения.

Документация, указанная в подпункте «г» пункта 5.1, хранится 10 лет после достижения ребенком возраста 18 лет.

Документация, указанная в подпункте «д» пункта 5.1, хранится до минования срока надобности.

Документация, указанная в подпункте «е» пункта 5.1 хранится 10 лет после достижения ребенком возраста 18 лет.

Документация, указанная в подпункте «ж» пункта 5.1, хранится не менее 1 года после окончания их ведения.

## 6. Порядок взаимодействия Комиссии с органами и Организациями

6.1. Комиссия организует свою работу во взаимодействии:

- с участниками образовательного процесса образовательных организаций по вопросам диагностирования, образования и реабилитации обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;

- с врачебной комиссией, медико-социальной экспертизой (МСЭ);

- с государственными образовательными организациями, реализующими адаптированные основные общеобразовательные программы для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;

- с органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с центральной психолого-медико-педагогической комиссией Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с территориальными психолого-медико-педагогическими комиссиями Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с психолого-педагогическими консилиумами образовательных организаций.

6.2. Взаимодействие между ТПМПК г. Нягани и субъектами взаимодействия,

указанными в пункте 6.1 настоящего Порядка, оформляется Соглашением о взаимодействии в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

6.3. Комиссия осуществляет координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности психолого-педагогических консилиумов (далее – ППк) образовательных организаций по вопросам:

- организации психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (социально опасным) поведением;

- подбора стандартизованных диагностических методик для обследований детей в условиях ППк;

- осуществления взаимодействия с Организациями и специалистами психолого-медико-педагогического сопровождения по вопросам создания специальных условий обучения и воспитания.

Приложение 1  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Бланк территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани



**ГОРОДСКОЙ ОКРУГ  
НЯГАНЬ**

**Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

**КОМИТЕТ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА НЯГАНИ  
(КОМИТЕТ ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ)**

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

ул. Загородных 7 -а г. Нягань, 628181  
Тел/факс. (34672) 26-702 E-mail: [koin@admnyagan.ru](mailto:koin@admnyagan.ru)



Приложение 2  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
города Нягани \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)  
полностью \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое проживание \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_,

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА, несогласие с заключением ТППК и др.)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

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

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций (при наличии))
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ТППК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ТППК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при

	наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

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

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись)* / *(расшифровка подписи)*

Приложение 3  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии города Нягани

---

**Направление  
на обследование территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссией города Нягани**

---

*Наименование образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание,  
медицинской организации, другой организации (полностью)*

---

*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

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

---

Приложение:

---

*перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ПМПК*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Руководитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(подпись)*

*(расшифровка подписи)*

М.П.

Приложение 4  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
города Нягани \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)  
полностью

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое проживание \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

Согласен(а) на проведение комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА, несогласие с заключением ТППК и др.)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

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

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющих психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций (при наличии))
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)

10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

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

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись)* / *(расшифровка подписи)*

Приложение 5  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии города  
Нягани

\_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Фактическое проживание \_\_\_\_\_

**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 психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

**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 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 Карте ребенка, прошедшего обследование, которая

хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани..  
Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической  
помощью являются врачебной тайной.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

**Заявка-список обучающихся (воспитанников)  
на проведение обследования ТПМК г. Нягани  
на \_\_\_\_\_ год**

№ п/п	ФИО ребенка	Дата рождения (возраст)	Группа / класс	Дом. адрес	Нозологическая группа*	Программа обучения	Цель обследования (изменение/уточнение образовательного маршрута, обжалование родителями (законными представителями) заключения ТПМК и т.д.)	Реквизиты предшествующего заключения ТПМК, рекомендованная в заключении образовательная программа	Примечание
Дошкольное образование (ДО)									
Начальное общее образование (НОО)									
Основное общее образование (ООО)									
Среднее общее образование (СОО)									

Руководитель организации \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\* указывается нозологическая группа (глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, обучающиеся с ТНР, обучающиеся с НОДА, обучающиеся с ЗПР, обучающиеся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), обучающиеся со сложной структурой дефекта (тяжелые множественные нарушения развития) (УО+нарушения слуха; ЗПР+ДЦП; УО+РАС и т.д.).



### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. заявителя)

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, в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию города Нягани с местом нахождения по адресу: 628181, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, город Нягань, улица Загородных, дом 7а.  
и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

**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 ПМПК 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)

**Официальный бланк образовательной организации**

---

**Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума**  
(наименование образовательной организации)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общие сведения

ФИО обучающегося

Дата рождения обучающегося

Класс/группа

Образовательная программа

Причина направления на ППк:

Коллегиальное заключение ППк

*Выводы об имеющихся у ребенка трудностях (без указания диагноза) в развитии, обучении, адаптации (исходя из актуального запроса) и о мерах, необходимых для разрешения этих трудностей, включая определение видов, сроков, оказания психолого-медико-педагогической помощи.*

Рекомендации педагогам \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации родителям \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Приложение (планы коррекционно-развивающей работы, индивидуальный образовательный маршрут и другие необходимые материалы):

Председатель ППк \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

Члены ППк:

И.О. Фамилия

И.О. Фамилия

С решением ознакомлен (а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен (на) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен (на) частично, не согласен (на) с пунктами:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

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 (по счету) \_\_\_\_\_ на какой неделе \_\_\_\_\_ самостоятельные/оперативные/родовспоможение

Родовая травма (да/нет) Асфиксия (да/нет) Шкала Апгар \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

**Раннее развитие** (сроки появления показателей)

Голову держит \_\_\_\_\_ Комплекс оживления \_\_\_\_\_

Сидит \_\_\_\_\_ Стоит \_\_\_\_\_ Ходит \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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.

## Официальный бланк образовательной организации

---

### Характеристика обучающегося

(Представление психолого-педагогического консилиума  
на обучающегося для предоставления на ПМПК)

ФИО обучающегося: \_\_\_\_\_

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

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Общие сведения:

- дата поступления в образовательную организацию;

- программа обучения (полное наименование);

- форма организации образования:

1. в группе/классе

группа: комбинированной направленности, компенсирующей направленности, общеразвивающая, присмотра и ухода, кратковременного пребывания, Лекотека и др.);

- класс: общеобразовательный, отдельный для обучающихся с ...;

2. на дому;

3. в форме семейного образования;

4. сетевая форма реализации образовательных программ;

5. с применением дистанционных технологий

- факты, способные повлиять на поведение и успеваемость ребенка (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (причины), перевод в состав другого класса, замена учителя начальных классов (однократная, повторная), межличностные конфликты в среде сверстников, конфликт семьи с образовательной организацией, обучение на основе индивидуального учебного плана надомное обучение, повторное обучение, наличие частых, хронических заболеваний или пропусков учебных занятий и др.;

- состав семьи (перечислить, с кем проживает ребенок – родственные отношения и количество детей/взрослых);

- трудности, переживаемые в семье (материальные, хроническая психотравматизация, особо отмечается наличие жестокого отношения к ребенку, факт проживания совместно с ребенком родственников с асоциальным или антисоциальным поведением, психическими расстройствами - в том числе братья/сестры с нарушениями развития, а также переезд в другие социокультурные условия менее чем 3 года назад, плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи, низкий уровень образования членов семьи, больше всего занимающихся ребенком

Информация об условиях и результатах образования ребенка в образовательной организации:

1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент поступления в образовательную организацию: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отставало, отставало, неравномерно отставало, частично опережало).

2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент подготовки характеристики:

качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отстает, отстает, неравномерно отстает, частично опережает).

3. Динамика (показатели) познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития (по каждой из перечисленных линий): крайне незначительная, незначительная, неравномерная, достаточная.

4. Динамика (показатели) деятельности (практической, игровой, продуктивной) за период нахождения в образовательной организации (для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)).

5. Динамика освоения программного материала:

- программа, по которой обучается ребенок (авторы или название ОП/АОП);
- соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы или, для обучающегося по программе дошкольного образования: достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного, среднего, профессионального образования: достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях: (фактически отсутствует, крайне незначительна, невысокая, неравномерная).

6. Особенности, влияющие на результативность обучения: мотивация к обучению (фактически не проявляется, недостаточная, нестабильная), сензитивность в отношениях с педагогами в учебной деятельности (на критику обижается, дает аффективную вспышку протеста, прекращает деятельность, фактически не реагирует, другое), качество деятельности при этом (ухудшается, остается без изменений, снижается), эмоциональная напряженность при необходимости публичного ответа, контрольной работы и пр. (высокая, неравномерная, нестабильная, не выявляется), истощаемость (высокая, с очевидным снижением качества деятельности и пр., умеренная, незначительная) и др.

7. Отношение семьи к трудностям ребенка (от игнорирования до готовности к сотрудничеству), наличие других родственников или близких людей, пытающихся оказать поддержку, факты дополнительных (оплачиваемых родителями) занятий с ребенком (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, репетиторство).

8. Получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (конкретизировать); (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, учителем начальных классов - указать длительность, т.е. когда начались/закончились занятия), регулярность посещения этих занятий, выполнение домашних заданий этих специалистов, динамика коррекции нарушений

9. Характеристики взросления (для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным поведением):

- хобби, увлечения, интересы (перечислить, отразить их значимость для обучающегося, ситуативность или постоянство пристрастий, возможно наличие травмирующих переживаний - например, запретили родители, исключили из секции, перестал заниматься из-за нехватки средств и т.п.);

- характер занятости во внеучебное время (имеет ли круг обязанностей, как относится к их выполнению);

- отношение к учебе (наличие предпочитаемых предметов, любимых учителей);

- отношение к педагогическим воздействиям (описать воздействия и реакцию на них);

- характер общения со сверстниками, одноклассниками (отвергаемый или отесненный, изолированный по собственному желанию, неформальный лидер);

- значимость общения со сверстниками в системе ценностей обучающегося (приоритетная, второстепенная);

- значимость виртуального общения в системе ценностей обучающегося (сколько времени по его собственному мнению проводит в социальных сетях);

- способность критически оценивать поступки свои и окружающих, в том числе антиобщественные проявления (не сформирована, сформирована недостаточно, сформирована "на словах");

- самосознание (самооценка);
- принадлежность к молодежной субкультуре(ам);
- особенности психосексуального развития;
- религиозные убеждения (не актуализирует, навязывает другим);
- отношения с семьей (описание известных педагогам фактов: кого слушается, к кому привязан, либо эмоциональная связь с семьей ухудшена/утрачена);
- жизненные планы и профессиональные намерения.

Поведенческие девиации (для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным поведением):

- совершенные в прошлом или текущие правонарушения;
- наличие самовольных уходов из дома, бродяжничество;
- проявления агрессии (физической и/или вербальной) по отношению к другим (либо к животным), склонность к насилию;
- оппозиционные установки (спорит, отказывается) либо негативизм (делает наоборот);
- отношение к курению, алкоголю, наркотикам, другим психоактивным веществам (пробы, регулярное употребление, интерес, стремление, зависимость);
- сквернословие;
- проявления злости и/или ненависти к окружающим (конкретизировать);
- отношение к компьютерным играм (равнодушен, интерес, зависимость);
- повышенная внушаемость (влияние авторитетов, влияние дисфункциональных групп сверстников, подверженность влиянию моды, средств массовой информации и пр.);
- дезадаптивные черты личности (конкретизировать).

10. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы (конкретизировать).

11. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и/или условий проведения индивидуальной профилактической работы.

*Дата составления документа.*

*Подпись председателя ППк. Печать образовательной организации.*

***Дополнительно:***

1. Для обучающегося по АОП – указать коррекционно-развивающие курсы, динамику в коррекции нарушений.

2. Приложением к Представлению для школьников является табель успеваемости, заверенный личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации;

3. Представление заверяется личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации

4. Представление может быть дополнено исходя из индивидуальных особенностей обучающегося.

5. В отсутствие в образовательной организации психолого-педагогического консилиума, Представление готовится педагогом или специалистом психолого-педагогического профиля, в динамике наблюдающим ребенка (воспитатель/ учитель начальных классов/ классный руководитель/мастер производственного обучения/тьютор/психолог/дефектолог).

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о направлении на дообследование**

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Уровень образования: \_\_\_\_\_

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Обследование на ПМПК проводится первично/повторно: \_\_\_\_\_

**Рекомендации ПМПК:**

Рекомендовано повторное прохождение ПМПК после дообследования

(специальность врача)

с целью \_\_\_\_\_

1	Руководитель комиссии	_____	_____
2	Заместитель руководителя комиссии	_____	_____
3	Врач-психиатр	_____	_____
4	Врач-педиатр	_____	_____
5	Учитель-дефектолог	_____	_____
6	Учитель-логопед	_____	_____
7	Педагог-психолог	_____	_____
8	Социальный педагог	_____	_____
9	Специалист Управления опеки и попечительства	_____	_____
1	Учитель-дефектолог (сурдопедагог)	_____	_____
0			
1	Учитель-дефектолог (тифлопедагог)	_____	_____
1			
1	Другие специалисты	_____	_____
2			

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)



**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ\***

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

1. **ФИО ребенка:** \_\_\_\_\_
  2. **Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **Возраст:** \_\_\_\_\_
  3. **Инвалидность:** да/нет № \_\_\_\_\_ **срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**
  4. **Медицинское заключение ВК** да/нет № \_\_\_\_\_ **от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**
  5. **Инициатор обращения в ПМПК:** самостоятельно / направлен ОО/ медицинским учреждением / учреждением социальной защиты / правоохранительными органами/  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  6. **Адрес регистрации ребенка:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Регистрация постоянная / временная
7. **Семья:** полная / неполная / многодетная (детей \_\_\_\_ ) / мать-одиночка / ребенок из семьи мигрантов / ребенок двуязычной семьи / ребенок под опекой / ребенок усыновлен  
\_\_\_\_\_
  8. **Ф.И.О. законного представителя:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Телефон:** \_\_\_\_\_ **email:** \_\_\_\_\_
- Ф.И.О. законного представителя:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Телефон:** \_\_\_\_\_ **email:** \_\_\_\_\_
9. **Сведения об образовании**  
Наименование ОО: \_\_\_\_\_  
Округ ОО: \_\_\_\_\_  
Посещал / не посещал / посещает в настоящее время ОО  
**ОО:** государственная / негосударственная \_\_\_\_\_  
уровень образования: дошкольный; начальный общий; основной общий; средний общий; общий; СПО  
**группа / класс** \_\_\_\_\_  
**форма обучения:** очная; очно-заочная; заочная; семейное; самообразование  
**образовательная программа** \_\_\_\_\_

реализация образовательной программы с применением электронного обучения; дистанционных образовательных технологий: да / нет

организация обучения: в образовательной организации; на дому; в санаторной ОО; в медицинской организации

**10. Сведения из истории развития ребенка: (имеется / не имеется) \_\_\_\_\_**

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**

---

---

---

**11. Результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов**

**11.1. Результаты обследования ребенка педагогом-психологом** (особенности эмоционально-волевой сферы и поведения, операциональные характеристики деятельности, развитие высших психических функций)

---

---

---

---

---

---

**Выводы** (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации, специфические и неспецифические дисфункции, наличие и вероятные причины отклонений, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы педагога-психолога)

---

---

---

---

**11.2. Результаты обследования ребенка учителем-дефектологом** (соответствие/несоответствие знаниям по основным предметам (математика, русский язык, чтение) требованиям программы, игровая деятельность, виды необходимой помощи, уровень обучаемости)

---

---

---

---

**Выводы** (рекомендуемый вариант ООП/АООП, направления коррекционно-развивающей работы учителя-дефектолога)

---

---

---

---

**11.3. Результаты обследования ребенка учителем-логопедом** (состояние и подвижность артикуляционного аппарата, состояние мелкой моторики, понимание речи, темп, внятность, характеристика речи, звукопроизношение, фонематические процессы, словарный запас, грамматический строй, характеристики чтения и письма)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Выводы** (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы учителя-логопеда)

---

---

---

---

**11.4. Результаты обследования ребенка социальным педагогом** (условия жизни и воспитания ребёнка, степень его социопсихологической адаптированности)

---

---

---

---

---

---

---

**Выводы** (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии, рекомендуемые направления коррекционной работы социального педагога)

---

---

---

---

### 11.5. Результаты обследования ребенка другими специалистами

---

---

---

---

**Выводы**

---

---

---

---

#### 1. Особые мнения специалистов (при наличии)

---

---

---

---

**1. Заключение комиссии о необходимости создания специальных условий получения образования**

---

---

---

---

#### 2. Перечень документов, представленных для проведения обследования

№	Перечень документов для проведения обследования	
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии	
2.	Согласие на обработку персональных данных	
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет	
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)	
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка	
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)	
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума	

	образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)	
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)	
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)	
10	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)	
11	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка	
12	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)	
13	Заключение врачебной комиссии (при наличии)	
14	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))	

1	Руководитель комиссии	_____	_____
2	Заместитель руководителя комиссии	_____	_____
3	Врач-психиатр	_____	_____
4	Врач-педиатр	_____	_____
5	Учитель-дефектолог	_____	_____
6	Учитель-логопед	_____	_____
7	Педагог-психолог	_____	_____
8	Социальный педагог	_____	_____
9	Специалист Управления опеки и попечительства	_____	_____
1	Учитель-дефектолог (сурдопедагог)	_____	_____
0			
1	Учитель-дефектолог (тифлопедагог)	_____	_____
1			
1	Другие специалисты	_____	_____
2			

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

**М. П.**

\* пункты 1- 10 протокола обследования формируются в «АИС ПМПК».

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. ребенка:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

**Образовательная программа:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Уровень образования:** \_\_\_\_\_

**Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий** \_\_\_\_\_

**Специальные методы обучения:** \_\_\_\_\_

**Специальные учебные пособия:** \_\_\_\_\_

**Организация пространства:** \_\_\_\_\_

**Тьюторское сопровождение обучающегося:** \_\_\_\_\_

**Предоставление услуг ассистента:** \_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций: \_\_\_\_\_

- 1 Руководитель комиссии \_\_\_\_\_
- 2 Заместитель руководителя комиссии \_\_\_\_\_

3	Врач-психиатр	_____	_____
4	Врач-педиатр	_____	_____
5	Учитель-дефектолог	_____	_____
6	Учитель-логопед	_____	_____
7	Педагог-психолог	_____	_____
8	Социальный педагог	_____	_____
9	Специалист Управления опеки и попечительства	_____	_____
10	Учитель-дефектолог (сурдопедагог)	_____	_____
1	Учитель-дефектолог (тифлопедагог)	_____	_____
1			
1	Другие специалисты	_____	_____
2			

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия получена.

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

(подпись родителя (законного представителя) / (расшифровка))

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении государственной итоговой аттестации  
по образовательным программам основного общего/среднего общего образования**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. обучающегося:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации (указать в  
зависимости от психофизических возможностей здоровья в соответствии с пунктами 44 и  
53 приказов Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы  
по надзору в сфере образования и науки от 07.11.2018 № 189/1513 и № 190/1512,  
соответственно): \_\_\_\_\_**

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

- 1 Руководитель комиссии \_\_\_\_\_
- 2 Заместитель руководителя комиссии \_\_\_\_\_



3	Врач-психиатр	_____	_____
4	Врач-педиатр	_____	_____
5	Учитель-дефектолог	_____	_____
6	Учитель-логопед	_____	_____
7	Педагог-психолог	_____	_____
8	Социальный педагог	_____	_____
9	Специалист Управления опеки и попечительства	_____	_____
1	Учитель-дефектолог (сурдопедагог)	_____	_____
0			
1	Учитель-дефектолог (тифлопедагог)	_____	_____
1			
1	Другие специалисты	_____	_____
2			

М.П.

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия получена.

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

(подпись родителя (законного представителя) / (расшифровка))

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий получения образования / об организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. ребенка:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Образовательная программа:** \_\_\_\_\_

**Вариант:** \_\_\_\_\_

**Предоставление услуг ассистента (помощника):** \_\_\_\_\_

**Специальные методы обучения:** \_\_\_\_\_

**Специальные учебники/учебные пособия:** \_\_\_\_\_

**Специальные технические средства обучения:** \_\_\_\_\_

**Специальные условия организации среды:** \_\_\_\_\_

**Тьюторское сопровождение:** \_\_\_\_\_

**Направления коррекционной работы:**

**Педагог-психолог:** \_\_\_\_\_

**Учитель-логопед:** \_\_\_\_\_

**Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог, тифлосурдопедагог):** \_\_\_\_\_

**Социальный педагог:** \_\_\_\_\_

**Другие условия:** \_\_\_\_\_

**Условия организации индивидуальной профилактической работы:**

\_\_\_\_\_

**Дата повторного прохождения ПМПК:** \_\_\_\_\_

- |   |                                   |       |       |
|---|-----------------------------------|-------|-------|
| 1 | Руководитель комиссии             | _____ | _____ |
| 2 | Заместитель руководителя комиссии | _____ | _____ |
| 3 | Врач-психиатр                     | _____ | _____ |

4	Врач-педиатр	_____	_____
5	Учитель-дефектолог	_____	_____
6	Учитель-логопед	_____	_____
7	Педагог-психолог	_____	_____
8	Социальный педагог	_____	_____
9	Специалист Управления опеки и попечительства	_____	_____
1	Учитель-дефектолог (сурдопедагог)	_____	_____
0			
1	Учитель-дефектолог (тифлопедагог)	_____	_____
1			
1	Другие специалисты	_____	_____
2			

М.П.

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия получена.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)*

\* Бланк заключения о создании условий получения образования / об организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы) к несовершеннолетнему обучающемуся с девиантным поведением применяется в случаях, не предусмотренных «АИС ПМПК»

Приложение 16  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Нягани**

**Особое мнение специалиста**  
(выписка из протокола Комиссии)

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ )

Особое мнение специалиста (при наличии) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Специалист \_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

Руководитель Комиссии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. председателя)

М.П.



Приложение 17  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Журнал записи детей на обследование ТПМПК г. Нягани

№	Ф.И.О. ребенка	Дата рождения	Домашний адрес	Кем направлен на ТПМПК (имеется ли направление) Цель обследования	Образовательная организация, класс/ группа	Программа обучения	Дата и время обследования ТПМПК	Ф.И.О. родителя, номер телефона	Подпись

Приложение 18  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Журнал информирования родителей (законных представителей) ребенка  
о дате, времени, месте и порядке проведения обследования ТПМПК г. Нягани

№	ФИО родителя (законного представителя), контактный телефон	ФИО ребенка, дата рождения	Дата, время и место проведения ПМПК	Ознакомление о порядке проведения обследования	Дата ознакомления, подпись родителя (законного представителя)

Приложение 19  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

Журнал учета детей, прошедших обследование в ТПМПК г. Нягани

№	Код протокола, заключения	Ф.И.О. ребенка	Дата рождения	Психофизиологические особенности/диагноз (при наличии)	Заключение и рекомендации ТПМПК	ФИО родителя (законного представителя), контактный телефон	Подпись родителя (законного представителя)

\* При проведении заседания в журнале указывается дата проведения ТПМПК, список членов ТПМПК

Приложение 20  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

**Электронная база учета данных детей с ограниченными возможностями здоровья и  
(или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на  
территории муниципального образования город Нягань**

№	Образовательная организация	Ф.И.О. ребенка	класс/ группа	Дата рождения	Статус (ОВЗ, инвалид)
1	2	3	4	5	6

Какая программа обучения планируется, ведется (основная, адаптированная )	Как планируется обучение (на дому, дистанционно, инклюзивно, в массовой школе	Национальность	Гражданство	Адрес проживания	Медицинский диагноз
7	8	9	10	11	12

Участие в мероприятиях (школьных, муниципальных, окружной, федеральной уровень)	Наличие призовых мест	Посещение секций, кружков и т.д.	По какой программе планируется дальнейшее обучение по заключению ПМПК	Дата утверждения карты психолого-педагогического сопровождения	Созданы условия (МТБ, программа, УМК и др.)
13	14	15	16	17	18

Приложение 21  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-  
педагогической комиссии города Нягани

**Журнал консультирования родителей (законных представителей) по вопросам  
деятельности ТПМПК г. Нягани**

№ п/п	Дата, время консультации	Ф.И.О. обратившегося	Содержание обращения	Содержание ответа	Ф.И.О. должностного лица. Подпись	Подпись обратившегося



### Обязательство о неразглашении персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. специалиста ТПМПК г.Нягани*

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
понимаю, что, являясь специалистом территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Нягани получаю доступ к персональным данным лиц, обратившихся в ТПМПК г.Нягани.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся на ТПМПК г.Нягани.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ТПМПК г.Нягани, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении с персональными данными лиц, обращающихся на ТПМПК г.Нягани, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся на ТПМПК г.Нягани, а также информацию об этих лицах:

- анкетные и биографические данные;
- состав семьи;
- паспортные данные;
- социальные льготы;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;
- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;
- состояние здоровья ребенка;
- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;
- заключение специалистов ТПМПК г.Нягани;
- рекомендации, полученные по результатам обращения на ТПМПК г.Нягани.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц на ТПМПК г.Нягани.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся на ТПМПК г.Нягани, я несу ответственность в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ *должность*

\_\_\_\_\_ *Ф.И.О.*

\_\_\_\_\_ *подпись*