

ПРИНЯТО

Педагогическим советом

Протокол №1 от 28.08.2023 г.

с учетом мнения родительского комитета

УТВЕРЖДЕНО

приказом МОУ «СОШ «РЦО»

№ 126-в от 31.08.2023г.

## ПОЛОЖЕНИЕ

### о группе компенсирующей направленности МОУ «СОШ» РЦО» дошкольные отделения

#### 1. Общие положения

1.1 Настоящее Положение разработано для МОУ «СОШ» РЦО» ДО (далее ОО) в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказом Минпросвещения России от 31.07.2020 №373 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам дошкольного образования», ФЗ от 24.07.1998 № 124–ФЗ «Об основных гарантиях ребенка в Российской Федерации», Приказом Минобрнауки РФ от 17.10.2013 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования», приказа Министерства просвещения Российской Федерации от 25.11.2022 № 1028 «Об утверждении федеральной образовательной программы дошкольного образования» Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2020 г. № 28 Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи», Постановление Главного государственного санитарного врача от 28 января 2021 года N 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания", Уставом ОО.

1.2 Настоящее Положение обеспечивает реализацию прав, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья на получение дошкольного образования, коррекции нарушений развития, социальной адаптации в условиях ОО.

1.3 В группах компенсирующей направленности осуществляется коррекция речевого развития детей в соответствии с Адаптированной основной

образовательной программой дошкольного образования для обучающихся (детей) с тяжелыми нарушениями речи и коррекция интеллектуальной недостаточности в соответствии с Адаптированной основной образовательной программой дошкольного образования для обучающихся (детей) с задержкой психического развития, разработанные ОО самостоятельно.

1.4 Группы компенсирующей направленности (далее - группы) создаются на основании распоряжения Комитета по образованию МО «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области «Об определении количества и вида групп на учебный год образовательных учреждений, реализующих основную общеобразовательную программу – образовательную программу дошкольного образования».

1.5 В ОО комплектование групп компенсирующей направленности, реализующих образование детей с ограниченными возможностями здоровья, осуществляется в соответствии с учётом особенностей психофизического развития.

## **2. Порядок комплектования группы компенсирующей направленности**

2.1 В группы принимаются обучающиеся, посещающие ОО.

2.2 Решение о зачислении или об отказе в зачислении ребёнка в группу компенсирующей направленности (для детей с тяжелыми нарушениями речи, задержкой психического развития) принимается на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (далее - ПМПК) по согласованию с родителями (законными представителями).

2.3 Группы компенсирующей направленности формируется для обучающихся от 5 до 7- 8 лет.

2.4 Длительность пребывания обучающихся в группе устанавливается ПМПК и зависит от структуры основного дефекта.

2.5 По окончании установленного срока обучения, обучающиеся, нуждающиеся в продолжении коррекционно-развивающей работы, повторно обследуются членами ППк ОО и направляются на ПМПК.

2.6 Перевод обучающихся с ограниченными возможностями здоровья из группы компенсирующей направленности в группы общеразвивающей направленности осуществляется на основании заключения ПМПК.

## **3. Организация деятельности групп компенсирующей направленности**

3.1 Взаимоотношения между ОО и родителями (законными представителями) обучающихся регулируются договором об образовании по адаптированным основным образовательным программам дошкольного образования, включающим в себя взаимные права, обязанности и ответственность сторон, возникающие в процессе обучения и воспитания.

3.2 Группы функционируют 5 дней в неделю с 12 - часовым пребыванием детей.

3.3 Режим работы групп с 07:00 до 19:00.

3.4 Группы обеспечиваются специальным помещением, оборудованием и пособиями в соответствии с возрастом детей и направлением коррекционно-развивающей работы.

3.5 Коррекционно-педагогическую помощь обучающимся с нарушениями речевого развития оказывают: учитель-логопед, воспитатели групп компенсирующей направленности, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре.

3.6 Коррекционно-педагогическую помощь обучающимся с задержкой психического развития оказывают: учитель-логопед, воспитатели групп компенсирующей направленности, музыкальный руководитель, инструктор по физической культуре.

3.7 Распорядок и режим дня для обучающихся группы устанавливается с учётом особенностей развития, необходимых коррекционных мероприятий.

#### **4. Организация образовательного процесса в группе компенсирующей направленности**

4.1 Образовательная деятельность в группах компенсирующей направленности осуществляется в соответствии с АООП ДО.

4.2 Организация образовательного процесса в группе регламентируется учебным планом, расписанием занятий, комплексно-тематическим планом, календарным планом, режимом дня, индивидуальной работой с детьми.

4.3 Организационными формами работы в группе являются: занятия, индивидуальная коррекционная деятельность, а также совместная деятельность педагога с детьми.

4.4 Ежедневно, в первой и во второй половине дня воспитателями проводится индивидуальная коррекционная работа по заданию учителя-логопеда, учителя-дефектолога (коррекционный час).

4.5 Мониторинг уровня развития детей осуществляется учителем-дефектологом, учителем-логопедом, музыкальным руководителем, педагогом-психологом, инструктором по физической культуре и воспитателями 2 раза в год.

#### **5. Алгоритм взаимодействия заинтересованных лиц с целью выявления обучающегося с ОВЗ и определения адаптированной программы**

5.1. Алгоритм взаимодействия заинтересованных лиц с целью выявления обучающегося с ОВЗ и определения адаптированной программы утвержден распоряжением комитета общего и профессионального образования Ленинградской области от 27 апреля 2022 года № 839-р:

[http://edu.gtn.lokos.net/files/obrazov/ovz/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5\\_%D0%9B%D0%9E\\_%D0%BE%D1%82\\_27.04.2022-839-%D1%80.pdf](http://edu.gtn.lokos.net/files/obrazov/ovz/%D0%A0%D0%B0%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%8F%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%9B%D0%9E_%D0%BE%D1%82_27.04.2022-839-%D1%80.pdf)

5.2. Основанием для запроса на проведение психолого-педагогического консилиума (далее - ППк) могут быть выявленные трудности в обучении, отклонение поведения, нарушения развития, проявления социальной дезадаптации. Инициатором запроса может быть родитель (законный представитель), воспитатель, учитель-логопед;

5.3. Обследование обучающегося специалистами ППк ОО осуществляется только с письменного согласия родителей (законных представителей) *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 1;*

5.4. По данным обследования каждым специалистом составляется заключение *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2;*

5.5. При направлении обучающегося воспитанника на ПМПк родителю (законному представителю) необходимо предъявить следующие документы:

- заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 3;*

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

- заключение ППк *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 2;*

- подробную выписку из истории развития ребенка *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 4;*

- психолого-педагогическое представление (характеристику) на обучающегося *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 5;*

- заявление на прохождение ПМПк и согласие на обработку персональных данных родителя, ребенка *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 6;*

- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств *см. ПРИЛОЖЕНИЕ 7;*

5.6 При необходимости комиссия запрашивает у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.

## **6. Изменения и дополнения в Положение**

6.1. Изменения и дополнения в настоящее Положение рассматривается на педагогическом совете и принимается на общем собрании сотрудников ОО.

6.2. Положение действует до принятия нового Положения.

**Согласие родителя (законного представителя) обучающегося на проведение  
логопедической диагностики обучающегося в МОУСОШ «РЦО» ДО Рахья, Ваганово**

Я, \_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) обучающегося

являясь родителем (законным представителем) обучающегося \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка, группа, в котором/ой обучается обучающийся, дата рождения)

выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**Согласие родителя (законного представителя) обучающегося на проведение  
логопедической диагностики обучающегося в МОУСОШ «РЦО» ДО Рахья, Ваганово**

Я, \_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) обучающегося

являясь родителем (законным представителем) обучающегося \_\_\_\_\_

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка, группа, в котором/ой обучается обучающийся, дата рождения)

выражаю согласие на проведение логопедической диагностики моего ребенка.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА**

Муниципальное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа «Рахьинский центр образования» дошкольное отделение д.Ваганово  
*ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ*

Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

Причины направления на ПМПк:

запрос родителей \_\_\_\_\_

запрос педагога \_\_\_\_\_

**ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

Педагог/ Учитель: \_\_\_\_\_

Заключение консилиума \_\_\_\_\_

Председатель ПМПк: \_\_\_\_\_

Члены Ч.МПк (специальность, подпись): \_\_\_\_\_

МП

Согласие родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ УЧИТЕЛЯ – ЛОГОПЕДА ДОУ

Дата обследования \_\_\_\_\_

Фамилия, имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Словарный запас

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

Грамматический строй речи (словообразование, словоизменение, употребление предлогов)

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

Слоговая структура слова \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Звукопроизношение \_\_\_\_\_

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

Дифференциация звуков \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фонематическое восприятие \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Артикуляционный аппарат и артикуляционная моторика

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

Связная речь \_\_\_\_\_

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

Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

МП

Учитель-логопед \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Руководитель ОУ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Директору МОУ «СОШ «РЦО»  
Струлис Ю.А.

**СОГЛАСИЕ (ОТКАЗ) нужное подчеркнуть**

Родителя (законного представителя) воспитанника на проведение обследования специалистами **Всеволожского ПМПК**

Я, \_\_\_\_\_,  
ФИО родителя (законного представителя) воспитанника

являясь родителем (законным представителем)

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения ребенка)

настоящим подтверждаю, что получил информацию о наличии **речевых нарушений** у моего ребенка и выражаю **согласие (отказ)**, нужное подчеркнуть, на проведение обследования специалистами **Всеволожского ПМПК**.

**В случае согласия на проведение обследования специалистами Всеволожского ПМПК, я уведомлен(а) о необходимости предварительного получения консультации врача невропатолога и педагога -психолога (школьного), для предоставления на ПМПК. Прохождение тестирования с педагогом-психологом(школьным) моего ребенка прошу провести в моем **ПРИСУТСТВИИ (ОТСУТСТВИИ)****

\_\_\_\_\_ 202\_\_ год

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

**Ответственное лицо дошкольного отделения, предоставившего информацию родителю (законному представителю)**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ **подпись.**



**Данные медицинского обследования воспитанника  
МОУ «СОШ «Рахьинский центр образования» ДО**

ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

1. Анамнез:

а) наследственность и вредные привычки родителей \_\_\_\_\_

б) Акушерский анамнез:

- От какой беременности \_\_\_\_\_
- Возраст матери при рождении \_\_\_\_\_
- Характер беременности: токсикоз (1 половина, 2 половина), падения, психозы, хронические заболевания, инфекционные заболевания \_\_\_\_\_
- Роды: срочные, досрочные, быстрые, затяжные, обезвоженные, стимуляция \_\_\_\_\_
- Сразу ли закричал \_\_\_\_\_
- Асфиксия: белая, синяя \_\_\_\_\_
- Доношен \_\_\_\_\_
- Вес при рождении \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_
- Резус-фактор: совместимость, не совместимость \_\_\_\_\_
- Вскармливание: как взял грудь, как сосал \_\_\_\_\_
- Выписан из роддома на \_\_\_\_\_ день; причина задержки \_\_\_\_\_

в) Раннее психомоторное развитие:

- Голову держит с \_\_\_\_\_
- Сидит с \_\_\_\_\_
- Стоит с \_\_\_\_\_
- Ходит с \_\_\_\_\_
- Первые зубы с \_\_\_\_\_

г) Перенесенные заболевания:

- До года \_\_\_\_\_
- После года \_\_\_\_\_
- Ушибы, травмы \_\_\_\_\_
- Судороги при высокой температуре \_\_\_\_\_

2. Осмотры, заключения врачей-специалистов:

Невролог \_\_\_\_\_

ЛОР \_\_\_\_\_

Другие врачи-специалисты:

\_\_\_\_\_

**ХАРАКТЕРИСТИКА НА ВОСПИТАНИКА ГРУППЫ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
МОУ «СОШ «РЦО», дошкольное отделение д.Ваганово).**

**ФИО**

Дата рождения

**УСЛОВИЯ ВОСПИТАНИЯ**

Семья –.

Речевая среда -

Социальная среда -

Культурно-бытовые условия в семье –

Отношение к ребёнку в семье –

Соматическое здоровье -

**ОБЩЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА, ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

На имя -

Родственные связи (мама, папа, бабушка и др.) -

Круг представлений об окружающем –

**КОММУНИКАТИВНЫЕ УМЕНИЯ**

Контакт –

В общение (с взрослыми и детьми) --

Слова вежливости

**МОТОРНАЯ СФЕРА**

Общая моторика -

Мелкая моторика -

**НАВЫКИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ**

Развиты -

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО - ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ**

Настроение ребенка –

Преобладает -

Работоспособность –

Реакция на требования,

Реакция на одобрение –

Управлять своим поведением –

**ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
СОСТОЯНИЕ ПСИХОФИЗИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**

**ВНИМАНИЕ**

Длительность сосредоточения внимания -

Направленность –

Концентрация -

Устойчивость -

Распределяемость –

Переключаемость –

**СЛОВАРНЫЙ ЗАПАС**

Запас слов-

**ГРАММАТИЧЕСКИЙ СТРОЙ**

- *грамматический строй речи*

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИГРОВОЙ И ПЕРЦЕПТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Игровая деятельность –

Интерес к игрушкам -

Характер действий и способы выполнения заданий:

Наибольшие трудности и беспокойство вызывает :

Дата:

Воспитатели:

Руководитель отделения

---

Директору МОУ "ЦППМиСП"  
Председателю ТПМПК  
От (ФИО) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
паспорт, серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое  
обследование ребёнка / консультацию

\_\_\_\_\_   
(ФИО ребенка полностью)  
дата рождения (полностью: число, месяц, год) \_\_\_\_\_,   
проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
адрес фактического проживания ребенка

\_\_\_\_\_   
в связи с трудностями в обучении, общении, поведении; проблемами со   
здоровьем (нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, речи)   
- нужное подчеркнуть,   
другое \_\_\_\_\_,

при необходимости включающее предварительное обследование у   
специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-   
педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов,   
а также запрос сведений из других организаций (медицинских,   
образовательных, осуществляющих социальное обслуживание,   
профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что при обследовании и в работе ТПМПК   
применяются методики, приемы и методы комплексного психолого-медико-   
педагогического обследования, включающие в том числе обследование   
врачом-психиатром.

Сведения о родителях (законных представителях): Ф.И.О. полностью, место   
работы и должность, контактный телефон

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

" " \_\_\_\_\_ 20 г. Подпись \_\_\_\_\_

Личность заявителя подтверждена посредством документа, удостоверяющего личность

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)

(Ф.И.О. специалиста)

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью в именной форме по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

телефон, e-mail \_\_\_\_\_

настоящим даю своё согласие на обработку в Муниципальное образовательное учреждение «Центр психолога – педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района (далее МОУ «ЦППМиСП») своих персональных данных, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

### Я даю согласие на использование персональных данных в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. МОУ «ЦППМиСП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МОУ «ЦППМиСП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в МОУ «ЦППМиСП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МОУ «ЦППМиСП» обязано прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО родителя/законного представителя полностью в именной падеже по документу, удостоверяющему личность  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

телефон, e-mail \_\_\_\_\_  
данные ребенка \_\_\_\_\_

ФИО ребенка в именной падеже

на основании свидетельства о рождении/ паспорта ребенка (подчеркнуть)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

как его (ее) законный представитель настоящим даю согласие на обработку  
в Муниципальном образовательном учреждении «Центр психолого – педагогической –  
медицинской и социальной помощи» (далее МОУ «ЦППМиСП»)

**персональных данных ребенка, к которым относятся:**

- данные, удостоверяющие личность ребенка;
- данные о возрасте и поле;
- данные о гражданстве;
- данные о пребывании и выбытии в / из образовательных организаций;
- Ф.И.О. родителя/ законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
- сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
- форма получения образования ребенком;
- изучение русского (родного) и иностранных языков;
- сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
- данные психолого-педагогической характеристики;
- форма и результаты участия в ГИА;
- форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
- отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
- данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения).

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества. Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;
- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
- учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с

- Федеральными государственными стандартами;
- учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
  - учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
  - использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
  - заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
  - обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

МОУ «ЦППМиСП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МОУ «ЦППМиСП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в МОУ «ЦППМиСП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МОУ «ЦППМиСП» обязано прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка*

подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Информированное добровольное согласие  
на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов  
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное  
согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной  
медико-санитарной помощи  
(перечень на обороте)**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина – полностью)

\_\_\_\_\_ года  
рождения,

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

зарегистрированный по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

<p><b>Эта часть бланка заполняется только на несовершеннолетних лиц или недееспособных граждан</b></p> <p>паспорт _____ выдан _____</p> <p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (нужное выделить) ребенка или лица, признанного недееспособным, _____</p> <p>_____ (фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)</p> <p>зарегистрированного по адресу: _____</p> <p>_____ (адрес места жительства ребенка или недееспособного гражданина)</p>
--

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в МОУ «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района

Медицинским  
работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т.ч. вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (подпись)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.  
(дата оформления)

Утвержден  
приказом Минздравсоцразвития  
России  
от 23 апреля 2012 г. № 390н

**Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе  
врача  
и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.