

АДМИНИСТРАЦИЯ
ВСЕВОЛОЖСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ
РАСПОРЯЖЕНИЕ

02.09.2024

г. Всеволожск

№ 255/01-03

Об организации работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Всеволожского муниципального района Ленинградской области в 2024-2025 учебном году

В соответствии со ст. 42 Федерального Закона от 29.12.2012 № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», ст. 14 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении положения о психолого–медико-педагогической комиссии», Методическими рекомендациями Министерства образования и науки РФ от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого – медико-педагогических комиссий», распоряжением Комитета по образованию администрации «Всеволожский муниципальный район» от 28.08.2023 № 229/01-03 «Об утверждении Порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии муниципального образования «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области», в целях оптимизации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Всеволожского муниципального района Ленинградской области (далее - ТПМПК):

1. Утвердить годовой план работы ТПМПК на 2024-2025 учебный год (приложение №1).

2. Утвердить общий состав ТПМПК на 2024-2025 учебный год (приложение №2).

3. Утвердить формы документов, оформляемых ТПМПК:

3.1. Форма заявления родителя (законного представителя) о проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребёнка / консультацию (приложение №3).

3.2. Форма согласия родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка (приложение №4).

3.3. Форма согласия на обработку персональных данных родителя (законного представителя) (приложение №5).

3.4. Форма информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств (приложение №6).

3.5. Форма протокола психолого-медико-педагогического обследования (приложение №7).

3.6. Форма заключения психолого-медико-педагогической комиссии (приложение №8).

3.7. Форма заключения психолого-медико-педагогической комиссии для участника государственной итоговой аттестации (приложение №9).

4. Руководителю ТПМПК:

4.1. Организовать работу ТПМПК в соответствии с нормативными требованиями в 2024-2025 в учебном году.

4.2. Определять состав комиссии и выбор диагностических материалов, методик, форм и методов обследования, осуществляемых специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

4.4. Обеспечить работу ТПМПК в соответствии с требованиями, установленными Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей (Роспотребнадзор).

5. Руководителям образовательных организаций Всеволожского муниципального района Ленинградской области:

5.1. Своевременно выявлять обучающихся, испытывающих трудности в усвоении образовательных программ, имеющих особенности в развитии, социальной адаптации и поведения.

5.2. Своевременно представлять в ТПМПК заявки на проведение заседаний.

6. Распоряжение вступает в силу с даты подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.09.2024.

7. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по образованию по общим вопросам.

Председатель Комитета по образованию



И.П. Федоренко

Годовой план работы ТПМПК на 2024-2025 учебный год

Дата проведения	Образовательные организации/родители (законные представители)	Форма контроля
В течение года	Образовательные организации, реализующие основную общеобразовательную программу дошкольного образования	Первичное диагностическое обследование обучающихся дошкольного возраста. Контроль динамики развития ребенка; мониторинг учета рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях и семье, в т.ч. в соответствии с индивидуальной программой реабилитации детей – инвалидов (при ее наличии). Консультирование специалистов образовательных организаций по вопросам сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей оставшихся без попечения родителей.
В течение года	Общеобразовательные организации, реализующие основную общеобразовательную программу	Первичное диагностическое обследование обучающихся школьного возраста. Контроль динамики развития ребенка; мониторинг учета рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях и семье, в т.ч. в соответствии с

		<p>индивидуальной программой реабилитации детей – инвалидов (при ее наличии).</p> <p>Консультирование педагогов и специалистов образовательных организаций по вопросам сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей.</p>
В течение года	Работа с родителями (законными представителями)	<p>Первичное диагностическое обследование детей.</p> <p>Мониторинг выполнения рекомендаций, данных территориальной психолого-медико-педагогической комиссии родителям детей и подростков, проходившим комплексное обследование.</p> <p>Консультирование родителей по вопросам организации образовательного маршрута обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей.</p>

Общий состав ТПМПК на 2024-2025 учебный год

1. Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии - Соколенко Ю.А., директор МКУ ДО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее МКУ ДО «ЦППМ и СП»);

2. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Попович М.В., заместитель директора МКУ ДО «ЦППМ и СП»;

3. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Барсегян Л.В., руководитель структурного подразделения МКУ ДО «ЦППМ и СП» в г. Кудрово;

4. Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии – Магда Е.В., руководитель структурного подразделения МКУ ДО «ЦППМ и СП» в г. Мурино;

5. Члены территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (основной состав):

- 5.1. Давидович М.Е., врач-психиатр МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.2. Саранкин К.С., врач-невролог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.3. Третьякова Л.И., врач-психиатр МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.4. Бортник А.Е., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.5. Баратели Н.Г., учитель-дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.6. Полякова О.В., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.7. Новикова Е.Г., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.8. Петрова И.В., учитель-дефектолог, МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.9. Самолетова К.А., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.10. Рыбочкина А.В., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.11. Татарская О.А., учитель – дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.12. Чернова Н. А., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.13. Чепайкина М.Г., учитель-логопед МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.14. Егорова Н.В., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.15. Слепенко Ю.В., социальный педагог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.16. Катаран О.Б., учитель – дефектолог МКУ ДО «ЦППМ и СП»;
- 5.17. Ген С.А., педагог-психолог МКУ ДО «ЦППМ и СП».

6. Члены территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (вспомогательный состав):

- 5.1. Павлова Г.В., учитель-логопед МОУ «СОШ «Всеволожский ЦО»;
- 5.2. Креховецкая И.М., учитель-логопед МДОУ «ЦРР-ДС №4».
- 5.3. Кальченко М.Н., учитель-логопед МДОБУ «Морозовский ДСКВ».

Приложение №3
к распоряжению Комитета по образованию
от «02» сентября 2024 г. № 255/01-03

Руководителю 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 МКУ ДО «ЦППМ и СП» 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 родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность
проживающий по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____, выданный _____

телефон, e-mail _____
данные ребенка _____

ФИО ребенка в именительном падеже

на основании свидетельства о рождении/ паспорта ребенка (подчеркнуть)

№ _____ от _____

как его (ее) законный представитель настоящим даю согласие на обработку
в Муниципальном казенном учреждении дополнительного образования «Центр психолого –
педагогической – медицинской и социальной помощи» (далее МКУ ДО «ЦППМ и СП»)

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 отчетов 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 (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Отказываюсь от письменного уведомления об уничтожении персональных данных ребенка после истечения нормативного срока их хранения.

МКУ ДО «ЦППМ и СП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МКУ ДО «ЦППМ и СП» 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 МКУ ДО «ЦППМ и СП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МКУ ДО «ЦППМ и СП» 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 _____ / _____ /

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

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

Паспорт серия _____ № _____, выданный _____

телефон, e-mail _____

настоящим даю своё согласие на обработку в Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования «Центр психолого – педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района (далее МКУ ДО «ЦППМ и СП») 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 моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (только в указанных выше целях), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Отказываюсь от письменного уведомления об уничтожении моих персональных данных после истечения нормативного срока их хранения.

МКУ ДО «ЦППМ и СП» гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что МКУ ДО «ЦППМ и СП» будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в МКУ ДО «ЦППМ и СП» письменного отзыва.

Согласен/согласна что МКУ ДО «ЦППМ и СП» 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 _____ / _____ /

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество 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 том числе 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

**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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение №7
к распоряжению Комитета по образованию
от «02» сентября 2024 г. № 255/01-03

Комитет по образованию администрации
Всеволожского муниципального района Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМ и СП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ПРОТОКОЛ
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Всеволожского муниципального района
Ленинградской области

Протокол № _____ от « ____ » _____ 202 ____ г.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество _____
Дата рождения _____ Возраст _____
Адрес регистрации _____
Адрес проживания _____
Телефон _____
Инициатор обращения в ТПМПК: родители (законные представители) / образовательная организация / организация здравоохранения / органы опеки / организация социальной защиты / КДН / суд / МСЭ/ самостоятельно (обследуемый старше 18 лет)/ из МЛС)
Место прохождения ТПМПК: в МКУ ДО «ЦППМ и СП»/ в образовательной организации/ в орг.соц.защиты/ в мед.орг./ дистанционно/ иное _____
Не является инвалидом (ребенком-инвалидом)/ является инвалидом/ ребенком-инвалидом
(справка МСЭ № _____ до « ____ » _____ г.)

АНАМНЕЗ

ДАННЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Сведения о семье ребенка и условиях воспитания:

- полная семья / неполная семья
- сирота (ОБПР): безвозмездная опека / возмездная опека / полное гос. обеспечение (ресурсный центр / дом ребенка / ДДИ / ПНИ)

Место обучения (ДОУ/ОУ, класс/группа, программа обучения, сведения о дублировании классов) _____

ДОУ не посещал/ посещал _____ в школу пошел с _____

Перечень документов, предоставленных для проведения обследования:

	Направление образовательной организации, организации, другой организации (при наличии)
	заявление родителей (законных представителей) на обследование специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра.
	заявление обследуемого, достигшего возраста 15 лет на обследование специалистами ТПМПК, включая врача-психиатра.
	копия паспорта и / или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с

	предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии).
	документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя), а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка
	согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя)
	согласие на обработку персональных данных ребенка
	информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с Перечнем определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи
	медицинская карта
	подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии)
	характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией
	заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации
	заключения специалистов образовательного учреждения
	письменные работы обучающегося и контрольные по русскому (родному) языку, математике за текущий учебный год
	сведения об аттестации за предыдущие года
	результаты предыдущих заключений ПМПК
	иное

ДАННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Внимание:

Нарушения внимания: необходимость дробления предъявляемой информации / преобладание рассеянного внимания / недостаточная концентрация / повышенная истощаемость / застреваемость / иное _____

Память: _____

Продуктивность запоминания: Высокая / Средняя / Низкая

Мышление: _____

Обобщения: не сформированы / в стадии формирования / сформированы _____

Классификация: не сформированы / в стадии формирования / сформированы _____

Сравнение/анализ: не выполняет / выполняет с помощью / выполняет самостоятельно _____

Исключение фигур/ по форме/ по цвету/ по размеру _____

_____ по родовым признакам: не исключает / исключает / не мотивирует / мотивирует с помощью / исключает после обучающего эксперимента / выполняет самостоятельно _____

Причинно-следственные связи: устанавливает самостоятельно/ не улавливает смысла / после обучения / использует помощь _____

Характер принятия помощи: не использует / частично использует / использует / использует и переносит _____

Работоспособность и темп деятельности: в пределах нормы / снижены / значительно снижены
Эмоционально-волевая сфера: _____

Контакт: контактен/ контакт затруднен/ не контактен/ негативизм/ аффективность /иное _____

Адекватность: _____ соответствует возрасту _____
Установление аналогий (простые/сложные): не устанавливает / после обучения / использует помощь / устанавливает самостоятельно _____

Понимание пословиц и метафор: отсутствует / конкретное / использует помощь при объяснении/ осмысленное понимание _____

Поведенческие нарушения: нет /да/ _____

Выявлена склонность к девиантному поведению: да / нет

Не нуждается / нуждается в социально-психологической профилактике в ОО.

Не нуждается / нуждается: в обследовании / медикаментозной коррекции / психотерапии у психиатра по поводу нарушения поведения.

Результаты обследования по методике «Исследование структуры интеллекта» Д.Векслера:
ВИП: _____; НИП: _____; ОИП: _____ Дата _____ ФИО специалиста _____

Заключение педагога – психолога:

Развитие ВПФ соответствует возрасту.

Дефицитарное психическое развитие при нарушении слуха/зрения/ОДА/иное (указать) _____.

СДВГ/ТНР/ЗПР/РАС: Парциальное/искаженное развитие/ задержка развития ВПФ с преимущественной несформированностью/ с преобладанием регуляторного/ вербального/ когнитивного компонента/ когнитивной сферы/ эмоционально-волевых нарушений.

F70-71-72-73: Тотальное недоразвитие ВПФ легкой/средней/выраженной/тяжелой степени без поведенческих нарушений/аффективно-возбудимый/тормозимо-инертный вариант.

Примечания _____

ДАННЫЕ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Состояние общей и мелкой моторики: _____

Состояние устной речи:

Понимание обращенной речи: в полном объеме / частично / затруднено _____

Экспрессивная речь: отсутствует / лепетная речь / отдельные слова / фразовая речь (простая, распространенная) _____

Пассивный словарь: в пределах возрастной нормы / снижен/ значительно снижен / ограничен _____

Активный словарь: в пределах возрастной нормы / снижен/ значительно снижен / ограничен _____

Слоговая структура: не нарушена / нарушена во фразе /нарушена в сложных словах / грубо нарушена _____

Фонематические процессы: не сформированы / в стадии формирования / сформированы простые _____

формы / в пределах возрастной нормы _____

Звукопроизношение: полиморфное нарушение / мономорфное нарушение/ НПОЗ / не нарушено _____

Дифференциация _____

Грамматический строй: не сформирован / множественные стойкие аграмматизмы / единичные аграмматизмы / в пределах возрастной нормы _____

Связная речь: не сформирована / простая фраза / развернутое высказывание _____

Особенности речи: эхолалии / наличие речевых штампов / запинки / заикание/ _____

Состояние письменной речи:

Чтение:

Способ чтения: побуквенное / послоговое / словесно-фразовое _____

Понимание прочитанного: достаточное / частичное / не понимает _____

Понимание скрытого смысла: отсутствует / с помощью / понимает _____

Темп чтения: ускоренный / нормальный / замедленный _____

Интонационная характеристика: монотонное чтение / выразительное чтение

Пересказ: затруднен / с помощью / осуществляет _____

Специфические ошибки: отсутствуют / замены и смешения фонематически близких звуков и графически сходных букв / искажение звуко-слоговой структуры слова / аграмматизмы при чтении / бухштабирование _____

Письмо: сформировано / в стадии формирования / затруднено _____

Характер письма: только списывание /списывание, письмо под диктовку/списывание, под диктовку, самостоятельное _____

Специфические ошибки: отсутствуют / пропуски букв, слогов, слов / перестановки букв, слогов, слов/ замены букв (графически сходных, обозначающих акустически сходные звуки)/ неправильное написание предлогов и приставок/ искажение звуко-слоговой структуры слова/ искажение структуры предложения / аграмматизмы при письме _____

Орфографические ошибки: отсутствуют / присутствуют _____

Заключение учителя-логопеда:

До 3 лет: уровень речевого развития соответствует нормативно-возрастным показателям/ ЗРР.
Речь отсутствует. Речевые нарушения не выявлены.

Устная/письменная речь – вариант возрастной нормы.

НПОЗ/ФНР/ФФНР/ с элементами ЛГНР/ЛГНР. ТНР ОНР _____ уровня речевого развития.

Моторная/сенсомоторная алалия. Выход из моторной/сенсомоторной алалии.

Дизартрия. Стёртая дизартрия. Ринология. Заикание. Запинки в речи. Дисфония.
Нарушение формирования процессов чтения и письма/ трудности овладения чтением и письмом
Интерференция родного и иностранного языков. Овладение русским языком как иностранным /
организация дополнительных занятий по овладению русским языком
Специфическое расстройство речи у ребенка с РАС/ несформированность каллиграфических
навыков
Дисграфия _____
Дислексия. Дизорфография. Стойкая дизорфография.
Системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени/при нарушениях слуха
Примечания _____

ДАННЫЕ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Запас общих представлений об окружающем:

В пределах возрастной нормы / ограничен / значительно снижен _____

Социально-бытовая ориентация:

Сформирована по возрасту / в стадии формирования / не сформирована _____

Восприятие:

Цвет: основные и оттеночные цвета соотносит / различает / называет / не сформировано _____

Величина: соотносит / дифференцирует / называет / не сформировано _____

Форма: геометрические фигуры соотносит / различает / называет / не сформировано _____

Пространственно-временные представления:

Времена года: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Месяцы: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Части суток: сформировано / в стадии формирования / не сформировано _____

Ориентировка в схеме собственного тела: сформирована / в стадии формирования / не сформирована _____

Дифференцирование пространственных понятий: выше-ниже, дальше-ближе, справа-слева, впереди-сзади, вверху-внизу в центре, около / сформировано/ в стадии формирования/ не сформировано _____

Счет: механический/ количественный прямой _____ обратный _____ ;
операции с множествами: сформированы/ не сформированы _____

Вычислительные навыки: _____

Таблица умножения: _____

Метрическая система: _____

Решение уравнений: _____

Действия с дробями: _____

Решение задач: (простые / составные): решает самостоятельно / с помощью / не решает _____

Перенос алгоритма: _____
Характеристика принятия помощи/ обучаемость: _____

Заключение учителя-дефектолога:

Высокий/средний/сниженный/низкий уровень/тотальное снижение познавательной активности.
Недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия, зрительной памяти, зрительно-моторной координации
Уровень сформированности ЗУН достаточен для обучения по ООП/ОП ДО/ АООП/ АОП ДО, по СИПР для детей с _____

Примечания _____

Заключение врача-специалиста (педиатр, психиатр, невролог и др.):

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ТПМПК:

- Нуждается в специальных условиях для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья (с отклонениями в развитии).*

Рекомендовано:

- Обучение по основной образовательной программе дошкольного образования*
- Обучение по основной общеобразовательной программе начального общего / основного общего/ среднего общего/среднего профессионального образования.*
- в диагностических целях обучение по адаптированной образовательной программе обучающихся с _____*
- Обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с _____*
- Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с _____*
- ФГОС НОО/ООО обучающихся с ОВЗ*
- Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) / тяжелыми множественными нарушениями развития (сложный дефект), учитывая особенности психофизического развития глухого/слабослышащего, слепого/слабовидящего/ ребенка с нарушениями ОДА/ расстройствами аутистического спектра/ умеренной/тяжелой/глубокой умственной отсталостью _____*
- Профессиональное обучение обучающихся с легкой/умеренной умственной отсталостью.*
- Реабилитация в соответствии с ИПРА ребенка-инвалида*
- Создание условий при организации обучения, учитывающих состояние здоровья ребенка, а также особенности психофизического развития по медицинским показаниям, согласно рекомендациям учреждения здравоохранения.*
- Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, и методов в соответствии с программой и индивидуальными возможностями ребенка.*
- Коррекционно-развивающие занятия с учителем-дефектологом, педагогом-психологом, учителем-логопедом _____*
- Лечение/наблюдение/обследование _____*

Нуждается

- В предоставлении услуг ассистента (помощника)/тьютора**
- В постоянной помощи, надзоре и организации комплексных мероприятий по воспитанию и реабилитации в связи с риском декомпенсации по основному и сопутствующим заболеваниям, с серьезными соматическими заболеваниями, нарушением иммунитета и грубым расстройством поведения. (Психическая и физическая нагрузка, связанная с процессом обучения, дополнительные контакты с людьми у такого ребенка приведут к соматическим осложнениям и к тяжелым психопатическим реакциям).**
- Направляется на врачебно-консультационную комиссию учреждения здравоохранения для решения вопроса об индивидуальном обучении на дому.**

Срок повторного прохождения ПМПК: _____

Особые мнения _____

Руководитель/Зам. руководителя: _____ / _____ /

Члены комиссии:

_____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /
_____ / _____ /

М.П.

Приложение №8
к распоряжению Комитета по образованию
от «02» сентября 2024 г. № 255/01-03

Комитет по образованию администрации
Всеволожского муниципального района Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМ и СП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprrk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
ВСЕВОЛОЖСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
Протокол № _____ от « _____ » _____ 202_ г.

_____ (ФИО)

_____ (дата рождения)

Адрес: _____

ВЫВОДЫ КОМИССИИ

Основные особенности обучающегося, определяющие необходимость/отсутствие необходимости создания специальных условий получения образования: _____

Является/не является ребенком с ограниченными возможностями здоровья (с отклонениями в развитии).
Нуждается/не нуждается в специальных условиях для получения образования.

РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ

Образовательная программа: _____

Сроки обучения: _____

Форма получения образования: в образовательной организации/на дому.

Обеспечение архитектурной доступности: нуждается/не нуждается.

Специальные технические средства обучения: не нуждается/нуждается в соответствии с рекомендованной образовательной программой, а также с Приказом Минпросвещения России от 22.03.2021 г. №115/Приказом Минпросвещения России от 31.07.2020 г. №373.

Предоставление услуг ассистента (помощника): _____; тьютора: _____.

Специальные учебники и пособия: _____

Другие специальные условия: не нуждается/нуждается в реабилитации в соответствии с ИПРА ребёнка – инвалида.

Направления коррекционно-развивающей работы: подгрупповые и индивидуальные занятия с _____

Срок повторного прохождения ПМПК: по запросу ППк ОО или родителей (законных представителей).

Примечания (особые мнения): _____

Заключение комиссии действительно для предоставления в образовательные организации в течение календарного года с даты его подписания (п.23 Приказа Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082)

Руководитель комиссии/зам.руководителя комиссии _____ (подпись/расшифровка)

Члены комиссии _____ (должность/подпись/расшифровка)

МП

С рекомендацией ознакомлен(а), претензий к процедуре проведения не имею

Подпись _____ расшифровка подписи _____

Приложение №9
к распоряжению Комитета по образованию
от «02» сентября 2024 г. № 255/01-03

Комитет по образованию администрации
Всеволожского муниципального района Ленинградской области
Муниципальное казенное учреждение дополнительного образования
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» Всеволожского района
(МКУ ДО «ЦППМ и СП»)
188643, Ленинградская обл., Всеволожский р-н, г. Всеволожск, ул. Александровская д.86
Тел/факс 8(81370)-61-737, E-mail: cprk_adm@mail.ru
ОКПО 025998763, ОГРН 1024700555857
ИНН/КПП 4703065489/470301001

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
ВСЕВОЛОЖСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ
УЧАСТНИКА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Протокол № _____ от « ____ » _____ 202__ г.

(ФИО)

(дата рождения)

(адрес)

Основные особенности обучающегося, определяющие необходимость создания специальных условий при проведении ГИА: (например, задержка развития высших психических функций с преобладанием регуляторного, вербального, когнитивного компонента. Низкий уровень познавательной активности. Стойкая дизорфография).

ВЫВОДЫ КОМИССИИ

Относится к участнику государственной итоговой аттестации по образовательным программам **основного общего образования/основного среднего образования** следующей категории (нужное выбрать)*:

- Обучающийся с ОВЗ _____ (указать категорию обучающегося с ОВЗ); ранее выданное заключение ПМПК о создании специальных условий образования обучающемуся с ОВЗ № __, дата __, наименование ПМПК/медицинское заключение об актуальном состоянии здоровья № __, дата __, наименование медицинской организации.
- Ребенок-инвалид (справка МСЭ серия __, № __, срок до __).
- Обучающийся по состоянию здоровья на дому (заключение врачебной комиссии об обучении на дому № __, дата __, наименование медицинской организации).
- Обучающийся в медицинской организации (медицинское заключение, подтверждающее факт нахождения обучающегося в медицинской организации в период проведения ГИА № __, дата __, наименование медицинской организации).

Нуждается /не нуждается в организации проведения ГИА в специальных условиях, учитывающих состояние здоровья, особенности психофизического развития.

**РЕКОМЕНДАЦИИ КОМИССИИ ПО СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГИА**

Проведение ГИА ф форме _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: проведение ГИА в форме государственного выпускного экзамена (ГВЭ) или по отдельным учебным предметам по желанию в форме основного государственного экзамена (ОГЭ). При этом допускается сочетание форм проведения ГИА (ОГЭ и ГВЭ). Проведение ГИА только по обязательным учебным предметам (по русскому языку и математике) по желанию. Проведение ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме по желанию.
- ГИА-11: проведение ГИА в форме государственного выпускного экзамена (ГВЭ) или по отдельным учебным предметам по желанию в форме единого государственного экзамена (ЕГЭ). При этом допускается сочетание форм проведения ГИА (ЕГЭ и ГВЭ). Проведение ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме по желанию.

Продолжительность экзамена _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: увеличение продолжительности экзаменов по учебным предметам на 1,5 часа.
- ГИА-11: увеличение продолжительности экзаменов по учебным предметам на 1,5 часа. Увеличение продолжительности ЕГЭ по иностранным языкам (раздел «Говорение») на 30 минут.

Итоговое собеседование/сочинение (изложение) _____ (нужное выбрать)*:

- ГИА-9: увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку на 30 минут. Не нуждается в изменении минимального количества баллов за выполнение всей работы, необходимого для получения «зачета» при итоговом собеседовании.
- ГИА-9: увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку на 30 минут. Нуждается в изменении минимального количества баллов за выполнение всей работы, необходимого для получения «зачета» при итоговом собеседовании.
- ГИА-11: увеличение продолжительности итогового сочинения (изложения) на 1,5 часа.

Работа ассистента: _____

Аудитория ППЭ: _____

Организация ППЭ: _____

Оформление работы: _____

Оформление КИМ: _____

Другие условия: _____ (нужное выбрать)*:

- Возможность двигательной активности (встать, размяться) для снятия статических нагрузок.
- Организация питания и перерывов для проведения необходимых лечебных и профилактических мероприятий.
- Специальное оборудование рабочего места, конторка.
- Обеспечение беспрепятственного доступа в аудитории, туалетные и иные помещения, а также пребывания в указанных помещениях (с учетом зрительных нарушений) и др.

Примечания (особые мнения): _____ (нужное выбрать)*:

- Обучающийся не владеет языком жестов.
- Выраженные артикуляционные нарушения, обусловленные ДЦП.
- Нечеткость звукопроизношения, обусловленная нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата.
- Нарушение двигательных-координаторных функций, затрудняющих письмо.
- Отсутствует ответная и (или) спонтанная речь.
- Обучающийся не вступает с окружающими в контакт и др.

Заключение комиссии действительно для предоставления в образовательные организации в течение календарного года с даты его подписания (п.23 Приказа Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082)

Руководитель комиссии/зам.руководителя комиссии _____ (подпись/расшифровка)

Члены комиссии _____ (должность/подпись/расшифровка)

МП

С рекомендацией ознакомлен(а), претензий к процедуре проведения не имею

Подпись _____ расшифровка подписи _____