

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 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 психолога – медико-педагогических комиссий»; приказом Минпросвещения России, Рособнадзора от 07.11. 2018 № 189/1513 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования»; приказом Минпросвещения России, Рособнадзора от 07.11.2018 №190/1512 «Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования»; приказом Комитета общего и профессионального образования Ленинградской области от 06.06.2023 № 21 «Об утверждении Порядка работы центральной психолого-медико-педагогической комиссии Ленинградской области», 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 МОУ СОШ «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 МОУ СОШ «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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



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

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 МОУ «ЦППМиСП» 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, \_\_\_\_\_  
ФИО родителя/законного представителя полностью в именной падеже 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 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.

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.

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 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.

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 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 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»<sup>1</sup> (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)

<sup>1</sup> 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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.