

Утвержден
постановлением администрации Мирного
от «26» октября 2017 г. № 950

ПОРЯДОК РАБОТЫ **территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**

I. Общие положения

1. Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее - Порядок) разработан на основании Приказа Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» и регулирует организацию деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – Комиссия), включая порядок проведения обследования детей, определяет ее задачи (функции) и полномочия.

2. Комиссия создается в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи, организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

3. Комиссия осуществляет свою деятельность в пределах муниципального образования «Мирный», имеющего статус ЗАТО.

4. Состав и Порядок Комиссии утверждаются постановлением администрации Мирного.

5. В своей деятельности Комиссия руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Архангельской области, нормативно - правовыми актами муниципального образования «Мирный» в сфере образования детей с ограниченными возможностями здоровья, а также настоящим Порядком.

6. Организационные вопросы работы Комиссии рассматриваются на заседаниях Комиссии.

7. Комиссия имеет печать и бланк со своим наименованием.

II. Порядок формирования Комиссии

8. Комиссия является коллегиальным органом. Состав Комиссии утверждается постановлением администрации Мирного.

9. В состав Комиссии входят руководитель, заместитель руководителя, секретарь и члены Комиссии.

10. Состав Комиссии формируется из числа лиц, имеющих необходимую профессиональную квалификацию, соответствующую требованиям квалификационной характеристики по должности и полученной специальности, подтвержденную документами об образовании.

11. Специалисты медицинского профиля включаются в состав Комиссии по согласованию с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Мирнинская центральная городская больница».

III. Функции и полномочия Комиссии

12. Основными направлениями работы Комиссии являются:

а) проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет, проживающих на территории муниципального образования «Мирный», в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных Комиссией рекомендаций;

в) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, проживающих на территории муниципального образования Мирный;

г) участие в организации информационно-просветительской работы

с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

13. Комиссия имеет право:

запрашивать у организаций, правоохранительных органов и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

осуществлять мониторинг учета рекомендаций Комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей);

взаимодействовать с центральной психолого-медико-педагогической комиссией Архангельской области (далее - ЦПМПК) по вопросам получения информации, необходимой для осуществления своей деятельности и совершенствования деятельности Комиссии;

вносить в администрацию Мирного предложения по вопросам совершенствования работы Комиссии.

IV. Организация работы Комиссии

14. Комиссия проводит заседания и обследование детей на базе Муниципального казенного дошкольного образовательного учреждения детский сад № 1 «Ромашка» города Мирного Архангельской области, расположенного по адресу: Архангельская область, ул. Космонавтов, д. 4 а (далее – МКДОУ № 1).

15. Организационное сопровождение деятельности Комиссии осуществляет отдел образования Муниципального учреждения «Управление образования и социальной сферы администрации Мирного» (далее – Отдел образования).

16. Заседания Комиссии проводятся по утвержденному Муниципальным учреждением «Управление образования и социальной сферы администрации Мирного» и согласованному с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Архангельской области «Мирнинская центральная городская

больница» графику и по мере необходимости в соответствии с реальным запросом на обследование детей с отклонениями в развитии, с трудностями в обучении, воспитании.

17. Руководитель Комиссии осуществляет руководство деятельностью Комиссии, общий контроль за реализацией принятых ею решений и рекомендаций. В случае отсутствия руководителя Комиссии его обязанности исполняет заместитель руководителя Комиссии.

Секретарь Комиссии осуществляет организационно-технические мероприятия по подготовке и проведению заседаний Комиссии, готовит к рассмотрению документы, поступившие в Комиссию, ведет запись детей на Комиссию, оформляет протоколы и заключения Комиссии, выполняет поручения председателя Комиссии.

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

19. Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится Комиссии с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации (приложение № 4).

20. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами Комиссии осуществляются бесплатно.

21. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими муниципальных образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в Комиссии по письменному заявлению родителей (законных представителей) или по направлению образовательных организаций (приложения № 13, 14), организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей).

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

а) заявление о проведении обследования (приложение № 1) или согласие на проведение обследования ребенка в Комиссии (приложение № 15);

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

в) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

г) заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации с указанием цели направления на Комиссию (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);

д) заключение (заключения) Комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

е) подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

ж) характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);

з) письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

и) согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя) (приложение № 3) и согласие на обработку персональных данных ребенка (приложение № 2).

23. При необходимости Комиссия запрашивает у соответствующих органов, организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке (результаты обследования

офтальмолога, отоларинголога, дневник обучающегося, сведения об успеваемости по итогам четверти, полугодия, учебного года и т.д.)

24. Обследование детей Комиссией проводится по предварительной записи при подаче родителями (законными представителями), образовательными организациями, организациями, осуществляющими социальное обслуживание, медицинскими организациями или другими организациями документов, перечисленных в пункте 22 Порядка.

25. Обследование детей осуществляется только в присутствии родителей (законных представителей).

26. В тех случаях, когда на заседании Комиссии не представляется возможным принять окончательное решение о состоянии ребенка, проводится повторное обследование Комиссией через определенное время (устанавливается индивидуально).

При решении Комиссии о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

В случае необходимости Комиссия направляет ребенка для проведения обследования в ЦПМПК.

27. В ходе обследования ребенка ведется протокол обследования ребенка Комиссией (далее – протокол) (приложение № 9), в котором указываются сведения о ребенке, специалистах Комиссии, результаты обследования ребенка, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии).

28. На основании результатов обследования ребенка составляется заключение Комиссии (далее – заключение) (приложение № 8), которое носит для родителей (законных представителей) рекомендательный характер.

29. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения Комиссией производятся в отсутствие детей.

30. Протокол и заключение оформляются и подписываются специалистами, проводившими обследование, руководителем и секретарем Комиссии в день проведения обследования и скрепляются печатью Комиссии. В случае необходимости срок оформления протокола и заключения Комиссии продлевается, но не более 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

Копия заключения Комиссии и копии особых мнений специалистов (при

их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) выдается им под роспись или направляется по почте с уведомлением.

31. Представленное родителями (законными представителями) детей заключение Комиссии является основанием для создания такому ребенку органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования, а также образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

32. Заключение Комиссии действительно для представления в органы и организации в течение календарного года с даты его подписания.

33. Комиссией ведется следующая документация:

- а) журнал записи детей на обследование (приложение № 11),
- б) журнал учета детей, прошедших обследование (приложение № 10),
- в) карта ребенка, прошедшего обследование,
- г) протокол обследования ребенка.

34. Члены Комиссии руководствуются в своей деятельности профессиональными, этическими, нравственными нормами; сохраняют конфиденциальность сведений, некорректное использование которых может нанести ущерб здоровью, психологическому и моральному состоянию ребенка и его семье; осуществляют деятельность в интересах детей, не допускают нарушений прав и законных интересов детей и их родителей (законных представителей).

35. Информация о проведении обследования детей Комиссией, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей Комиссией, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

36. Члены Комиссии имеют право:

- на защиту своих профессиональных интересов, чести и достоинства;
- на свободу выбора и использования методических средств, в рамках своей профессиональной компетенции и квалификации.

37. Родители (законные представители) детей имеют право:

присутствовать при обследовании детей в Комиссии, обсуждении результатов обследования и вынесении Комиссии заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей;

получать консультации специалистов Комиссии по вопросам обследования детей в Комиссии и оказании им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей;

в случае несогласия с заключением Комиссии обжаловать его в ЦПМПК.

Утвержден
постановлением администрации Мирного
от «26» октября 2017 г. № 950

Состав территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Гиясова Ирина Ивановна	—	ведущий специалист МУ «Управление образования и социальной сферы» (руководитель ТПМПК)
Свинина Нина Михайловна	—	ведущий специалист МУ «Управление образования и социальной сферы» (заместитель руководителя ТПМПК)
Ничипорова Елена Анатольевна	—	ведущий специалист МУ «Управление образования и социальной сферы» (заместитель руководителя ТПМПК)
Панютина Елена Валерьевна	—	старшая медицинская сестра МКДОУ № 1 (секретарь ТПМПК)
Босых Ирина Федоровна	—	старшая медицинская сестра МКДОУ № 1 (секретарь ТПМПК)
Макарова Марина Витальевна	—	учитель-логопед МКДОУ № 1
Родионова Любовь Александровна	—	учитель-логопед МКДОУ № 1
Фирстова Елена Борисовна	—	медицинский психолог МКДОУ № 1
Дудорова Светлана Геннадиевна	—	педагог-психолог МКДОУ № 4

Постникова Мария Ивановна	—	педагог-психолог МКДОУ № 7
Кузьмина Анастасия Олеговна	—	педагог-психолог МБОУ СОШ № 1
Киприянова Ирина Николаевна	—	учитель-дефектолог, учитель-логопед МКОУ СОШ № 4
Садковская Наталья Владимировна	—	педагог-психолог МКОУ СОШ № 3
Коновалова Лариса Михайловна	—	социальный педагог МКДОУ № 1
Кондратова Елена Ивановна	—	социальный педагог МКОУ СОШ № 12
Григоренко Раиса Евдокимовна	—	врач-невролог ГБУЗ Архангельской области «МЦГБ» (по согласованию)

Приложение № 1
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ТПМПК)

От _____
ФИО родителя (законного представителя) полностью

Документ удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____
выдан (когда, кем) _____

регистрация по адресу: 164170, г. Мирный,
ул. _____ д. _____, кв. _____
тел.: _____

e-mail (при наличии) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое
обследование ребенка _____

(ФИО ребенка полностью)

дата рождения « _____ » _____ 20 _____ г.

регистрация ребенка по месту жительства: _____

адрес фактического проживания ребенка _____
при необходимости включающее предварительное обследование
у специалистов соответствующего профиля в ТПМПК, а также запрос сведений
из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное
обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

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

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

Приложение № 2
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

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

Я, _____
ФИО родителя (законного представителя) полностью в именительном падеже по документу,
у. удостоверяющему личность
проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____, выданный _____,
телефон: _____

данный ребенка _____
ФИО ребенка полностью в именительном падеже

На основании _____
свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является
законным представителем подопечного
серия _____ № _____ от «___» _____ 20____ г.

**как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на
обработку в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии
(далее – ТПМПК) персональных данных ребенка, к которым относятся:**

- данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
- данные о возрасте и поле;
- данные о гражданстве;
- данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;
- данные о прибытии 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);
- сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

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 муниципального образования «Мирный»;
- использования в 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 управленческих образовательных процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам 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 - Муниципальному учреждению «Управление образования и социальной сферы администрации Мирного», 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.

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен/согласна, что ТПМПК обязана 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 «__» _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /

Приложение № 3
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

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

Я, _____
ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: г.Мирный, ул. _____, д. __, кв. __
паспорт серия _____ № _____, выданный _____

телефон: _____

настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной психолого-медико-психологической комиссии (далее – ТПМПК) 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 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 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 - Муниципальному учреждению «Управление образования и социальной сферы администрации Мирного», 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.

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____
фамилия, имя, отчество гражданина

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.
Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /

Приложение № 4
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

Руководителю территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

От _____
ФИО ребенка

Документ удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____
выдан (когда, кем) _____

регистрация по адресу: 164170, г. Мирный,
ул. _____ д. _____, кв. _____
тел.: _____

СОГЛАСИЕ

Я, _____

(фамилия, имя, отчество ребенка)

даю свое согласие на проведение комплексного психолого-медико-педагогического
обследования территориальной психолого-медико-педагогической комиссией (далее –
ТПМПК) для определения образовательной программы обучения, для получения
рекомендаций по определению условий проведения государственной итоговой аттестации
(нужное подчеркнуть), другая причина (указать какая) _____

_____ включающее предварительное обследование у специалистов ТПМПК или, при
необходимости, у независимых экспертов.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись ребенка с расшифровкой)

Приложение № 5
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

паспорт: серия _____ № _____, выданный _____, понимаю, что, являясь специалистом территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК), получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся на ТПМПК.

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

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ТПМПК, как прямой, так и косвенный. В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся на ТПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

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

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

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц на ТПМПК. Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся на ТПМПК, я несу ответственность в соответствии с Федеральным Законом «О персональных данных» №152-ФЗ.

Дата « ____ » _____ 20 ____

должность _____

Ф.И.О. _____

Подпись _____

Приложение № 6
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ
НА РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____
2. Год, месяц рождения _____
3. Адрес: по прописке _____
4. Адрес: по месту жительства _____
5. С какого возраста посещает детский сад _____
6. Как проходила адаптация (без проблем, плакал при расставании, отказывался посещать ДОУ) _____
7. Как ребенок общается со сверстниками _____
8. Аппетит ребенка (подчеркните): избирательный, ест все, повышенный, пониженный, нормальный _____
9. Сон ребенка (подчеркните): спокойный, беспокойный, ходит, разговаривает во сне _____
10. Есть ли противоречия в методах воспитания ребенка со стороны родственников, какие _____
11. Есть ли у ребенка проблемы в поведении в детском саду, какие _____
12. Что тревожит вас в развитии ребенка _____
13. В каком возрасте возникли трудности _____
14. Кем и с какой целью направлен на ТПМПК _____
15. Какую помощь хотели бы вы получить для ребенка в преодолении возникших трудностей _____

Сведения о родителях

16. Фамилия, имя, отчество матери (законного представителя) _____
- Возраст _____ образования _____ (неп.сред.,среднеспец.,неп.высшее,высшее)
- Профессия _____
- Кем работает _____
- Контактный телефон _____
17. Фамилия, имя, отчество отца (законного представителя) _____
- Возраст _____ образования _____ (неп.сред.,среднеспец.,неп.высшее,высшее)
- Профессия _____
- Кем работает _____
- Контактный телефон _____

Состав семьи

18. Другие дети в семье:

Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____

Другие родственники, проживающие вместе с ребенком (перечислите всех членов семьи)

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (Ф.И.О.)

Приложение № 7
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

АНКЕТА
НА РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Год, месяц рождения _____

3. Адрес: по прописке _____

4. Адрес по месту жительства _____

5. Образовательное учреждение _____ класс _____ вид _____

6. Фамилия, имя, отчество **матери** (законного представителя) _____

Возраст _____ образование _____ (неп.сред.,среднеспец.,неп.высшее,высшее)

Профессия, кем работает _____

Контактный телефон _____

Фамилия, имя, отчество **отца** (законного представителя) _____

Возраст _____ образование _____ (неп.сред.,среднеспец.,неп.высшее,высшее)

Профессия, кем работает _____

Контактный телефон _____

7. Другие дети в семье:

Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____
Ф.И. _____	Возраст _____	Где обучается _____

Какие отношения между братьями и сестрами: (хорошие, частые конфликты, ссоры) _____

Другие _____ родственники _____ проживающие _____ **вместе** с _____ ребенком _____

Отношения в семье (доброжелательные, напряженные, неустойчивые) _____

8. Какое дошкольное учреждение посещал ребенок _____ с какого возраста _____

9. В каком возрасте ребенок пошел в школу _____

Как прошла адаптация к школе _____

Менял ли ребенок школу? (да, нет) _____, Менял или нет класс? (да, нет) _____

Менялись ли педагоги в начальной школе (в каком классе?) _____

Оставался ли ребенок на второй год, в каком классе _____

В каком классе возникли трудности в обучении _____, по каким предметам _____

10. В чем причина возникновения у ребенка трудностей в обучении по вашему мнению (пошел в школу без желания, неподготовлен, медленно усваивает материал, быстро устает, в общении, поведении и др.) _____

11. Как ребенок относится к своим неудачам в школе (переживает, равнодушен, скрывает от родителей и др.) _____

12. Какую помощь хотели бы вы получить для ребенка в преодолении возникших трудностей _____

13. Чем увлекается и чем любит заниматься ребенок в свободное время _____

Какую помощь оказывает вам образовательное учреждение для преодоления возникших трудностей _____

Отношения ребенка с учителем _____

Отношения ребенка с одноклассниками _____

Есть ли у ребенка проблемы в поведении в школе, какие _____

14. Что тревожит Вас в развитии ребенка _____

15. Кем и с какой целью направлен на ТПМПК _____

16. Какую помощь специалистов Вы хотели бы получить для ребенка _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ (Ф.И.О.)

Приложение № 8
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
КОМИССИЯ

Адрес: 164170, г. Мирный,
ул. Космонавтов, д. 4 а,
тел. 5-03-92, 5-28-20

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

№ _____ от «__» _____ 20__ г.

Фамилия Имя Отчество ребенка _____

Дата рождения «__» _____ 20__ г.

Заключение

Рекомендации ТПМПК:

- Образовательная программа (в т. ч. индивидуальный учебный план для ребенка): _____

- Форма обучения (в соответствии с рекомендациями врачебной комиссии): очная, очно-заочная, заочная.

- Рекомендуемый режим обучения: полный учебный день, неполный учебный день, группа кратковременного пребывания (для детей от 2 мес. до 7 лет), дополнительный выходной день, иное _____

Психолого-медико-педагогическая коррекция:

- Когнитивные процессы (восприятие, ощущение, воображение, мышление и память), внимание, эмоционально-волевые процессы, общие представления об окружающем мире, ориентировка в быту, элементарные математические представления, мелкая артикуляционная моторика, фонематическое восприятие, произносительные навыки, лексико-грамматический строй речи, связная речь, и т.п.) _____

- Сопровождение: учитель-логопед, педагог-психолог, учитель-дефектолог, социальный педагог, медицинский психолог, _____

- Наблюдение: невролог, психиатр, _____

- Консультации: _____

- Другие специальные условия (специальные технические средства обучения, предоставление услуг ассистента (помощника), специальные учебники) _____

- Особые условия проведения государственной итоговой аттестации*

Срок повторного прохождения ПМПК _____
 Дата заключения ПМПК: _____ 20__ года

Руководитель ТПМПК	_____	_____	_____
Секретарь ТПМПК	_____	_____	_____
Учитель-дефектолог	_____	_____	_____
Учитель-логопед	_____	_____	_____
Педагог-психолог	_____	_____	_____
Социальный педагог	_____	_____	_____
Врач (_____)	_____	_____	_____
Другие специалисты (_____)	_____	_____	_____

М.П.

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

Приложение № 9
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

ПРОТОКОЛ № _____
ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

«__» _____ 20__ года

г. Мирный,
ул. Космонавтов, д. 4 а,
тел. 5-03-92, 5-28-20

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Дата рождения «__» _____ 20__ г. _____
3. Адрес регистрации, телефон _____
4. Инвалидность: № документа, кем выдан, срок действия (при наличии) _____

5. Кем направлен на комиссию _____

6. Перечень документов, представленных на ТПМПК:

заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;
копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

☐ документ, удостоверяющий личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;

☐ направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

☐ заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций);

☐ заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка;

☐ выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

☐ заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка;

☐ характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;

☐ письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

☐ _____

☐ _____

7. Краткие анамнестические сведения:

А) наследственность и вредные привычки родителей

Б) перенесенные ребенком заболевания

8. Заключение врачей специалистов

- А) Педиатр _____
 Б) Офтальмолог _____
 В) Оториноларинголог _____
 Г) Ортопед _____
 Д) Психиатр (детский) _____
 Е) Специалист (_____) _____

9. Данные психолого-педагогического обследования

- Общие представления об окружающем мире _____
- Зрительные восприятия _____
- Внимание _____
- Память _____
- Речь _____
- Мышление _____
- Пространственная ориентация _____
- Работоспособность _____
- Отношение к обследованию _____
- Критичность _____
- Использование помощи _____
- Особенность личности _____

Выводы (потребность в создании специальных условий и возможность ребенка адаптироваться к требованиям определенного варианта АООП, потребность в психокоррекционных занятиях) _____

10. Данные обследования дефектолога

Выводы (рекомендуемый вариант ООП/АООП/АОП) _____

11. Данные логопедического обследования (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации)

Логопедическое заключение

Выводы (потребность в логопедической коррекции)

12. Данные обследования социального педагога (условия жизни и воспитания ребенка, степень его социопсихологической адаптированности)

Основные особенности развития ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий обучения и воспитания _____

Особое мнение (в случае, если члены комиссии не пришли к консенсусу или имеется заключение эксперта, не совпадающее с мнением членов ПМПК) _____

Руководитель ТПМПК:	Ф.И.О. _____	подпись _____
Специалисты ТПМПК:		
Учитель-дефектолог	Ф.И.О. _____	подпись _____
Учитель-логопед	Ф.И.О. _____	подпись _____
Педагог-психолог	Ф.И.О. _____	подпись _____
Социальный педагог	Ф.И.О. _____	подпись _____
Врач – невролог	Ф.И.О. _____	подпись _____
Специалист (_____)	Ф.И.О. _____	подпись _____
Секретарь ТПМПК	Ф.И.О. _____	подпись _____

Приложение № 10
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

ЖУРНАЛ УЧЕТА ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество ребенка	Дата рождения	Контактная информация родителя (законного представителя) ребенка	Кем ребенок направлен/ самостоятельное обращение родителя (законного представителя) ребенка	Заключение ТПМПК	Рекомендации ТПМПК	Подпись родителя (законного представителя) ребенка

[illegible]

Приложение № 12
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ
КОМИССИЯ

Адрес: 164170, г. Мирный,
ул. Космонавтов, д. 4 а,
тел. 5-03-92, 5-28-00

НАПРАВЛЕНИЕ № _____
В ЦЕНТРАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ КОМИССИЮ
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

ТПМПК направляет _____
(Ф.И.О. ребенка)
« ____ » _____ 20 ____ года рождения,
проживающего _____
(адрес регистрации по месту жительства (или фактического проживания))

на обследование в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию
Архангельской области в связи с _____
(указать причины направления ребенка на ЦПМПК)

Приложение:

(перечень документов, выданных родителю (законному представителю) на руки для предъявления на ЦПМПК)

(подпись родителя (законного представителя) ребенка с расшифровкой)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления направления)

(подпись руководителя ТПМПК с расшифровкой)

МП

Приложение № 13
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

Угловой штамп учреждения

Руководителю территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

НАПРАВЛЕНИЕ

(официальное название учреждения)

направляет на обследование следующих детей с целью

№	Фамилия, имя ребенка	Год рождения	Домашний адрес, телефон	Посещаемая группа /класс (направленность группы/класса)	Согласие родителей на обследование (подпись)	Расшифровка подписи родителей

Приложение № 14
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

Угловой штамп учреждения

Руководителю территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

НАПРАВЛЕНИЕ

	(официальное название учреждения)
Направляет	_____
	Ф. И. О. ребенка
	возраст
	адрес
на обследование с целью	_____

Приложение *(перечень документов, направляемых обратившимся учреждением)*

- педагогическая характеристика с датой, подписью педагога, заверенная печатью и подписью директора;
- заключение школьного консилиума, специалистов школы, детского сада *(при наличии)*;
- выписка оценок (итоговых за последние четверти и текущих) из классного журнала *(для школьников)*;
- письменные работы по русскому языку, математике (тетради контрольные и рабочие) *(для школьников)*;
- результаты продуктивной деятельности (рисунки и т.д.) *(для детского сада)*

Приложение № 15
к Порядку работы
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии

СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))
даю согласие на проведение комплексного психолого-медико-педагогического
обследования моего ребёнка _____
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

С датой, временем, местом и порядком проведения психолого-медико-педагогического обследования, с правами родителей (законных представителей) и с правами ребёнка, связанных с проведением обследования ознакомлен(а).

Я, _____,
даю согласие на обработку и использование моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка, содержащихся в настоящем заявлении и в предоставленных мною документах, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

дата

(подпись заявителя)

