

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**городской округ Пыть-Ях**

**Ханты-Мансийского автономного округа-Югры**

**АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА**

**УПРАВЛЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАНИЮ**

**П О С Т А Н О В Л Е Н И Е**

[Дата документа] [Номер документа]

Об утверждении порядка

деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

В соответствии со статьей 42 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии» и в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и психическом развитии и отклонениями в поведении

1. Утвердить порядок деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Пыть-Яха согласно приложению.

2. Управлению по образованию администрации города Пыть-Яха (М.Ю. Букреева) обеспечить:

2.1. Организационную деятельность территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

2.2. Делопроизводство территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

3. Отделу по обеспечению информационной безопасности (Мерзляков А.А.) разместить распоряжение на официальном сайте администрации города в сети Интернет.

5. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

6. Считать утратившими силу постановление администрации города

от 24.08.2016 № 216-па «Об утверждении порядка деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Пыть-Яха».

7. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя главы города (направление деятельности – социальные вопросы).

Глава города Пыть-Яха Д.С. Горбунов

Приложение к постановлению администрации города

Пыть-Яха

от №

Порядок

деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Пыть-Яха

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок деятельности территориальнойпсихолого-медико-педагогической комиссии города Пыть-Яха (далее - Порядок) регламентирует деятельность территориальнойпсихолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК), включая порядок проведения комиссией комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей.

1.2. ТПМПК 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 и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

* 1. ТПМПК возглавляет руководитель, а в его отсутствие – заместитель руководителя. В состав ТПМПК входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог. При необходимости включаются другие специалисты. Включение врачей осуществляется по согласованию с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры. Состав ТПМПК утверждается распоряжением администрации города Пыть-Яха ежегодно не позднее 10 сентября текущего года.
  2. Управление по образованию администрации города Пыть-Яха, организации, осуществляющие образовательную деятельность (далее - образовательные организации), ТПМПК информируют родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы ТПМПК.
  3. Информация о проведении обследования детей в ТПМПК, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в ТПМПК, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
  4. Управление по образованию администрации города Пыть-Яха обеспечивает ТПМПК необходимыми помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, автотранспортом для организации ее деятельности.

1. Основные направления деятельности и права ТПМПК

2.1. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

2.1.1. Проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

2.1.2. Подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных ТПМПК рекомендаций.

2.1.3. Оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением.

2.1.4. Оказание содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида.

2.1.5. Осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории города Пыть-Яха.

2.1.6. 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.

2.1.7. Обследование выпускников 9, 11 (12-х) классов общеобразовательных организаций, имеющих ограниченные возможности здоровья с целью определения формы прохождения государственной итоговой аттестации с учётом особых образовательных потребностей, обучающихся и индивидуальной ситуации развития.

2.2. ТПМПК имеет право:

2.2.1. Запрашивать у организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности.

2.2.2. Осуществлять мониторинг учета рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей).

2.3. ТПМПК имеет печать и бланк со своим наименованием. Печать ТПМПК имеет диаметр внешнего круга 4 см с надписью по внешнему кругу: «Российская Федерация Тюменская область Ханты-Мансийский автономный округ – Югра», по внутреннему (среднему) кругу: «Администрация города Пыть-Яха исполнительно-распорядительный орган муниципального образования», по внутреннему (малому) кругу: «Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г.Пыть-Яха», в центре круга: «ТПМПК г. Пыть-Яха».

Образец бланка ТПМПК приведен в приложении №1 к Порядку.

1. Порядок проведения обследования детей

3.1. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в ТПМПК по письменному заявлению родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF2ABC05CD17EEE1141E1BE1FA58F5E515F30C31E7A47B7AsEG6D) или по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия родителей (законных представителей). Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено [законодательством](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF22B007CC1FE0BC1E1642EDF85FFABA02F4453DE6A47B7FE7s2G6D) Российской Федерации. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами ТПМПК осуществляются бесплатно (приложение № 2 к Порядку).

3.2. Для проведения обследования ребенка его родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF2ABC05CD17EEE1141E1BE1FA58F5E515F30C31E7A47B7AsEG6D) предъявляют в ТПМПК (заместителю руководителя ТПМПК) документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также представляют следующие документы:

3.2.1. Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в ТПМПК (приложение № 3 к Порядку).

3.2.2. Согласие на обработку персональных данных (приложение № 4 к Порядку).

3.2.3. Копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии).

3.2.4. Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка.

3.2.5. Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии).

3.2.6. Коллегиальное заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации. Заключения специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при желании).

3.2.7. Представление психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для представления на ТПМПК.

3.2.8. Заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии).

3.2.9. Подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) (приложение № 5 к Порядку).

3.2.10. Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

3.2.11. Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии).

3.2.12. Заключение врачебной комиссии (при наличии).

Формы документов, установленные подпунктами 3.2.1., 3.2.5., 3.2.6., 3.2.7 настоящего пункта, утверждаются приказом начальника управления по образованию администрации города Пыть-Яха.

При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF2ABC05CD17EEE1141E1BE1FA58F5E515F30C31E7A47B7AsEG6D) дополнительную информацию о ребенке.

Запись на проведение обследования ребенка в ТПМПК осуществляется при подаче документов по адресу: г.Пыть-Ях 2 мкр., 7 дом, управление по образованию администрации города Пыть-Яха, контактный телефон – 8 (3463) 46-06-29.

3.3. В ТПМПК ведется следующая документация:

3.3.1. Журнал записи детей на обследование.

3.3.2. Журнал учета детей, прошедших обследование.

3.3.3. Карта ребенка, прошедшего обследование.

3.3.4. Протокол обследования ребенка (далее – протокол).

3.4. Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

Формы документов, указанных в подпунктах 3.3, 3.4, утверждаются приказом начальника управления по образованию администрации города Пыть-Яха.

3.5. Обследование детей проводится в кабинете Муниципального автономного учреждения дополнительного образования «Центр детского творчества", расположенному по адресу: г. Пыть-Ях, 2 мкр., дом 4 «А», согласно графику, утвержденному приказом начальника управления по образованию администрации города Пыть-Яха не позднее 20 декабря текущего года на следующий календарный год, также могут быть проведены внеплановые заседания ТПМПК. В случае проведения внепланового заседания заместитель руководителя направляет телефонограммы членам ТПМПК не позднее 3-х рабочих дней до даты заседания, определенной председателем ТПМПК.

При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту проживания и (или) обучения детей.

3.6. Обследование детей проводится каждым специалистом ТПМПК индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день. ТПМПК в случае необходимости направляет ребенка для проведения обследования в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

3.7. В ходе обследования ребенка секретарем ТПМПК ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах ТПМПК, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение ТПМПК.

3.8. В заключении ТПМПК указываются:

- обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и наличии либо отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

- рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок может освоить, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования, формы прохождения государственной итоговой аттестации выпускников 9-х, 11 (12)-х классов.

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

3.9. Протокол и заключение ТПМПК оформляются в день проведения обследования в электронном варианте, распечатываются на бумажном носителе, подписываются членами ТПМПК, проводившими обследование, руководителем ТПМПК (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью ТПМПК. В случае необходимости срок оформления протокола и заключения ТПМПК продлевается, но не более чем на 5 рабочих дней со дня проведения обследования. Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями [(законными представителями)](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF2ABC05CD17EEE1141E1BE1FA58F5E515F30C31E7A47B7AsEG6D) детей выдаются им заместителем руководителя ТПМПК под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении не позднее 5 рабочих дней со дня подписания протокола.

3.10. Заключение ТПМПК носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

Представленное родителями (законными представителями) детей заключение ТПМПК является основанием для создания органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

Заключение ТПМПК действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.

3.11. ТПМПК оказывает детям, самостоятельно обратившимся в комиссию, консультативную помощь по вопросам оказания психолого-медико-педагогической помощи детям, в том числе информацию об их правах.

1. Права родителей

4.1. Родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=3467A7D553C0019B99A3FF8769E0E2CF2ABC05CD17EEE1141E1BE1FA58F5E515F30C31E7A47B7AsEG6D) детей имеют право:

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

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

4.1.3. В случае несогласия с заключением ТПМПК обжаловать его в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа-Югры.

5. Взаимодействие

5.1. ТПМПК организует свою работу во взаимодействии:

* с участниками учебно-воспитательного процесса образовательных организаций по вопросам диагностирования, образования и реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов;
* с организациями здравоохранения и социальной защиты, расположенными на территории города;
* с Департаментом образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;
* с центральной психолого-медико-педагогической комиссией Ханты-Мансийского автономного округа - Югры;

5.2. ТПМПК является главной по отношению к психолого-медико-педагогическим консилиумам общеобразовательных организаций.

Приложение № 1

к Порядку деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

Бланк территориальной психолого-медико-педагогической комиссии



**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ**

**городской округ город Пыть-Ях**

**Ханты-Мансийский автономный округ-Югра**

**АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА**

**территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия**

г. Пыть-Ях, 2 мкр., дом № 7

Ханты-Мансийский автономный округ-Югра

Тюменская область 628381

тел. 8 (3463) 46-06-29 e-mail: *obrazovanie\_pyt@mail.ru*

Приложение № 2

к Порядку деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

Руководителю ТПМПК

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

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

*Ф.И.О. заявителя*

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

*Регистрация по месту жительства*

*(фактического проживания)*

**Согласие на проведение медицинского обследования**

**лица, достигшего возраста 15 лет**

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(кем выдан, дата выдачи)*

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлён(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключения о состоянии здоровья оформляются в Карте ребёнка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрические помощи являются врачебной тайной.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись*

Приложение № 3

к Порядку деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

Руководителю ТПМПК

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

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

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

*Ф.И.О. родителя (законного представителя)*

*полностью*

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

*документ, удостоверяющий личность*

Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребёнка полностью, дата рождения)

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

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

с целью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута, создание условий при прохождений ГИА и др.)

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

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования. Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-падагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости представления следующих документов для обследования в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Пыть-Яха:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Перечень документов для проведения обследования** |
| 1. | Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии |
| 2. | Согласие на обработку персональных данных |
| 3. | Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет |
| 4. | Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии) |
| 5. | Документы, удостоверяющие личности родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка |
| 6. | Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организаций (при наличии) |
| 7. | Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии) |
| 8. | Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ТПМПК) (для общеобразовательных организаций) |
| 9. | Заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребёнка (при наличии) |
| 10. | Подробная выписка из истории развития ребёнка с заключениями врачей, наблюдающих ребёнка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) |
| 11. | Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка |
| 12. | Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии) |
| 13. | Заключение врачебной комиссии (при наличии) |
| 14. | Другие документы (при желании родителя (законного представителя) |

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

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

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

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

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Приложение № 4

к Порядку деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

Руководителю ТПМПК

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

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

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

*Ф.И.О. родителя (законного представителя)*

*полностью*

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

*документ, удостоверяющий личность*

Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

Согласен(а) на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребёнка полностью, дата рождения)

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

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

с целью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута, создание условий при прохождениях ГИА и др.)

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

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования. Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-падагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости представления следующих документов для обследования в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Пыть-Яха:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **Перечень документов для проведения обследования** |
| 1. | Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии |
| 2. | Согласие на обработку персональных данных |
| 3. | Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста с 15 лет |
| 4. | Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии) |
| 5. | Документы, удостоверяющие личности родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка |
| 6. | Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организаций (при наличии) |
| 7. | Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии) |
| 8. | Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ТПМПК) (для общеобразовательных организаций) |
| 9. | Заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребёнка (при наличии) |
| 10. | Подробная выписка из истории развития ребёнка с заключениями врачей, наблюдающих ребёнка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) |
| 11. | Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка |
| 12. | Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии) |
| 13. | Заключение врачебной комиссии (при наличии) |
| 14. | Другие документы (при желании родителя (законного представителя) |

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

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

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

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

*(подпись) (расшифровка подписи)*

Приложение № 5

к Порядку деятельности территориальной

психолого-медико-педагогической

комиссии города Пыть-Яха

*Штамп*

*медицинской*

*организации*

**Выписка из истории развития ребёнка для предоставления на ТПМПК**

**Наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Ф.И.О. ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождение, возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Сведения из истории развития ребёнка**

Беременность по счёту\_\_\_\_\_\_\_ Особенности протекания: токсикоз/резус конфликт/угроза выкидаша)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесённые заболевания во время беременности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Роды\_\_\_\_\_\_ на какой неделе\_\_\_\_\_\_\_ самостоятельные/оперативные/родовспоможение

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

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

Рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психомоторное развитие до трёх лет: по возрасту/с задержкой/с опережением:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесённые заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Наблюдение у специалистов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Речевое развитие ребёнка: по возрасту/с задержкой/с опережением:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гуление:\_\_\_\_\_\_\_\_\_; лепет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; первые слова:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; речь фразой:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания: сформированы/в стадии формирования/

не сформированы/грубо нарушены:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Развитие ребёнка после трёх лет: перенесённые заболевания/травмы/случаи пребывания в больнице/болеющий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключения врачей, наблюдавших ребёнка в медицинской организации**

**по месту жительства (регистрации)**

**Отоларинголог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Офтальмолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ортопед:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Педиатр:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Невролог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Психиатр:** *(с указанием сведений об интеллектуальном развитии, других расстройств по МКБ-10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

**Подпись специалиста, заполняющего выписку**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись) (расшифровка)*

**М.П.**