

Для первичного обследования и контроля необходимы следующие документы:

- журнал первичной записи детей в территориальную ПМПК для составления графика освидетельствования по ГБОУ - приложение №1 (в электронном и печатном виде – 1 экз.);
- карта ребенка, прошедшего обследование; (заполняется только ФИО, дата рождения)
- карта – представление ребенка на обследование психолого-медико-педагогической комиссией (далее - ПМПК) ;
- заявление родителей по форме;
- согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребёнка;
- протокол анамнеза;
- бланк протокола логопедического обследования;
- бланк протокола психологического (дефектологического) обследования;
- бланк протокола обследования ребенка на ПМПК;

Для оформления материалов потребуется:

- одна папка с файлами на 60 шт (или -2) в зависимости от количества детей;
- одна пачка бумаги.

Утверждаю
 Руководитель Территориальной Поволжской
 психолого-медико- педагогической комиссии

 Котова Г.А.

Журнал
первичной записи детей в территориальную ПМПК для составления графика освидетельствования по ГБОУ
(напечатать список по времени, ранний возраст в этот список печать не надо) Примерная форма

| Дата | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения, № св-ва о рождении | Периодичность обследования на ПМПК (первично или вторично) | Место жительства ребенка | Контактный телефон, имя отчество родителей | Наличие /отсутствие инвалидности (по справке МЭС) | Статус ребенка (родительский, без попечения) | Показания к обследованию на ПМПК |
|-------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13.15 | Петров Петр Петрович | 02.10.2010г. П-ПК № 842920 | первично | пгтРошинский общ.20 кв.140 | Наталья Ивановна 8-922-000-00-00 | нет | родительский | речевые нарушения |
| 13.15 | Иванов Иван Иванович | 02.01.2011г. Ш-ЕР № 80000 | первично | пгтРошинский д. 255 кв.220 | Петрова Анна Петровна 8-927-000-00-00 | нет | родительский | речевые нарушения |
| 13.15 | Сидоров Иван Петрович | 20.08.2011г. П-ТО № 001001 | первично | пгтРошинский д.240-А, кв.303 | Анна Александровна 8-987-000-00-00 | нет | родительский | речевые нарушения |

Министерство образования и науки Самарской области
Территориальная
Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия

Карта ребенка, прошедшего обследование

Ф.И.О.ребенка _____

Дата рождения _____

| № протокола | дата | | |
|-------------|------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Полное наименование структурного подразделения и контактная информация

(фактический адрес СП, адрес интернет-сайта, E-mail, контактные телефоны)

КАРТА-ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕБЕНКА

на обследование психолого-медико-педагогической комиссией (далее - ПМПК)

1. Фамилия, имя, отчество ребенка (полностью) _____

2. Кем направлен на ПМПК _____

3. Дата рождения, № свидетельства (подлинник свидетельства о рождении представляется на ПМПК)

4. Домашний адрес _____
- телефон контакта: мобильный и домашний _____

5. Заключение психолого-медико-педагогического консилиума СП (состояние компонентов речевой системы, высших психических функций; без указания конкретного заключения)
Дата обследования, ФИО председателя ПМПК или специалиста _____

6. Заключение(ия) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии), дата прохождения _____

7. Наличие или отсутствие инвалидности (при наличии указать дату оформления по справке МЭС) _____

8. Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации (подпись участкового педиатра, печать лечебного учреждения) _____

8.1. заключение ортопеда (для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата) или хирурга (дата, печать врача и подпись) _____

8.2. заключение невропатолога (дата, печать врача и подпись) _____

8.3. заключение оториноларинголога (дата, печать врача и подпись) _____

8.4. заключение офтальмолога (дата, печать врача и подпись) _____

8.5. заключение детского психиатра (для детей старше 4 лет),(дата, печать врача и подпись)

Руководителю
территориальной Поволжской ПМПК

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

проживающего по адресу:

паспорт серия ____ № _____, выданный

телефон _____

e-mail _____

Заявление

Я, _____, прошу провести обследование моего
(Ф.И.О. родителя, законного представителя)

ребенка _____
(Ф.И.О., число, месяц, год рождения ребёнка)

на психолого- медико- педагогической комиссии. Результаты заключения могут быть переданы руководителю структурного подразделения. С комплексным обследованием моего ребенка, анкетированием и обработкой персональных данных согласен (на) (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года №152 – ФЗ).

Дата

Подпись заявителя

**Согласие родителя (законного представителя)
на обработку персональных данных ребёнка**

Я, _____

*Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью в именительном падеже
по документу, удостоверяющему личность*

проживающий по адресу: _____

телефон, e-mail

паспорт серия _____ № _____, выданный _____

данные ребенка _____

(Ф.И.О ребёнка полностью, число, месяц, год рождения ребёнка)

На основании _____
свидетельство о рождении или документ, подтверждающий, что субъект является законным
представителем подопечного № _____ от _____

**как его (её) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку
в территориальной Поволжской психолого-медико-педагогической комиссии**

полное наименование ПМПК

персональных данных ребенка, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении);
- данные о возрасте и поле;
- данные медицинской карты,
- 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 незащищённых обучающихся;
- форма получения образования ребёнком;
- данные психолого-педагогической характеристики;
- 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 ребёнка осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, 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 приёма 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;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

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

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

полное наименование ПМПК

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

Я проинформирован, что _____
полное наименование ПМПК

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в

полное наименование ПМПК

письменного отзыва.

Согласен/согласна что _____

обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____
Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребёнка

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

Дата _____ Подпись _____ / _____

Территориальная Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия

**Протокол № _____
обследования ребенка на психолого-медико-педагогической комиссии**

« _____ » _____ 20__ г.

АНАМНЕЗ

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____

Д/с № _____

От какой по счету беременности и от каких родов ребенок _____

Течение беременности (были ли явления токсикоза, болела ли мать во время беременности, на каком месяце и какой болезнью, где и кем работала) _____

Характер родов (нормальные, длительные, слишком быстрые) _____

Родился в срок, недоношенным на _____ мес., переношенным на _____ мес.

Вес при рождении _____, рост _____

Закричал сразу _____

Были ли явления асфиксии _____

Когда приложен к груди _____, как и когда взял грудь _____

Когда начал держать головку _____, сидеть _____, стоять _____

ходить _____. Когда появились первые зубы _____

Когда появился первый лепет _____, когда начал произносить первые осмысленные слова _____, когда появилась фразовая речь (короткие предложения) _____

Каким был в раннем детстве (спокойным, беспокойным, были ли жалобы на поведение и развитие ребенка в детском саду или в яслях) _____

Перенесенные заболевания: на первом году жизни _____

позднее _____

Были ли черепно-мозговые травмы, их время и тяжесть _____

Когда ребенок начал посещать ДООУ _____

Сведения о родителях

Фамилия, имя, отчество мамы _____

Где и кем работает _____

Употребляет ли спиртные напитки _____, не наблюдалась ли по поводу алкоголизма _____

Не болела ли нервными, психическими, венерическими болезнями (если да, то когда и какими) _____

Какие болезни перенесла в течение жизни _____

Территориальная Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия
Протокол №
психологического (дефектологического) обследования ребенка на ПМПК

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

Д/с № _____ группа _____

Особенности поведения, состояния ребенка со слов:
педагогов

родителей

Внешний вид и поведение в ситуации обследования (легко контактирует, избирательный контакт)

Темп работы (высокий, неравномерный, низкий) и работоспособность (достаточная, снижена, низкая)

Ведущая рука _____

Особенности внимания (устойчивость, объем, переключаемость)

Особенности памяти (снижена/соответствует возрастной норме)

Характеристика интеллектуального развития (счет, цвет, формы, мыслительные операции сформированы, недостаточно сформированы, не сформированы) _____

Ориентировка во времени и пространстве (ориентирование на листе бумаги, относительно себя, относительно предметов) _____

Личностные особенности (особенности поведения, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются страхи и др.) _____

Прочие дополнительные сведения _____

Заключение психолога (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме),
дефектолога (олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога)

Выводы: _____

Дата: _____

Подпись: _____ Расшифровка подписи: _____

Территориальная Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия

**Протокол №
обследования ребенка на ПМПК**

1. *Фамилия, имя ребенка* _____
2. Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____
3. Адрес регистрации, телефон _____
4. Инвалидность (№ документа, кем выдан, срок действия) _____
5. Кем направлен на комиссию _____
6. Основной и сопутствующие медицинские (клинические) диагнозы _____

7. Данные обследования учителя-дефектолога (обученность, обучаемость) _____

8. Данные обследования учителя-логопеда (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации) _____

9. Данные обследования педагога-психолога (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, стойкость нарушений познавательной деятельности, индивидуально-психологические проблемы, наличие и вероятностные причины отклонений в поведении) _____

Заключение ПМПК _____

- Рекомендации: 1. Вид образовательной программы: основная образовательная/адаптированная образовательная/ адаптированная основная образовательная/ специальная индивидуальная/ программа дошкольного/начального общего образования для детей с _____ в группе общеразвивающей/компенсирующей/комбинированной направленности
2. Организационная форма реализации образовательной программы: очная/семейное воспитание
 3. Режим обучения: полный/неполный день, группа кратковременного пребывания
 4. Обеспечение организации образовательной среды: организация коррекционно-развивающей среды
 5. Сопровождение тьютором, ассистентом: да/нет
 6. Психолого-педагогическая коррекция:
 7. Наблюдение узких специалистов:
 8. Срок повторной ПМПК:

Руководитель ПМПК _____
Специалисты ПМПК _____

Территориальная Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия

Протокол №
обследования ребенка на ПМПК (образец)

1. Фамилия, имя ребенка _____
2. Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____
3. Адрес регистрации, телефон _____
4. Инвалидность (№ документа, кем выдан, срок действия) _____
5. Кем направлен на комиссию _____
6. Основной и сопутствующие медицинские (клинические) диагнозы _____

7. Данные обследования учителя-дефектолога (обученность, обучаемость) _____

- Достаточный уровень обучаемости.

- Недостаточный уровень обучаемости.

- Низкий уровень обучаемости.

- Познавательное развитие соответствует/не соответствует возрасту.

8. Данные обследования учителя-логопеда (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации)

- Речевое развитие соответствует возрасту.

- Нарушение всех компонентов речевой системы.

- Нарушение фонематического восприятия.

- Нарушение фонетической стороны речи.

9. Данные обследования педагога-психолога (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, стойкость нарушений познавательной деятельности, индивидуально-психологические проблемы, наличие и вероятностные причины отклонений в поведении)

Уровень развития психических процессов ниже возрастной нормы./ Поведение без особенностей./

Эмоционально-волевая сфера нарушена. Коррекция эмоционально-волевых нарушений

(поведенческих нарушений)

Заключение ПМПК _____

Рекомендации: 1. Вид образовательной программы: основная образовательная/адаптированная образовательная/ адаптированная основная образовательная/ специальная индивидуальная/ программа дошкольного/начального общего образования для детей с _____

в группе общеразвивающей/компенсирующей/комбинированной направленности

2. Организационная форма реализации образовательной программы: очная/семейное воспитание

3. Режим обучения: полный/неполный день, группа кратковременного пребывания

4. Обеспечение организации образовательной среды: организация коррекционно-развивающей среды

5. Сопровождение тьютором, ассистентом: да/нет

6. Психолого-педагогическая коррекция:

7. Наблюдение узких специалистов:

8. Срок повторной ПМПК:

Руководитель ПМПК _____

Специалисты ПМПК _____

Территориальная Поволжская психолого-медико-педагогическая комиссия
Протокол №
психологического (дефектологического) обследования ребенка на ПМПК - образец

Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

Д/с № _____ группа _____

Особенности поведения, состояния ребенка со слов:

педагогов

родителей

Внешний вид и поведение в ситуации обследования (легко контактирует, избирательный контакт)

Темп работы (высокий, неравномерный, низкий) и работоспособность (достаточная, снижена, низкая)

Ведущая рука _____

Особенности внимания (устойчивость, объем, переключаемость)

Особенности памяти (снижена/соответствует возрастной норме)

Характеристика интеллектуального развития (счет, цвет, формы, мыслительные операции сформированы, недостаточно сформированы, не сформированы) _____

Ориентировка во времени и пространстве (ориентирование на листе бумаги, относительно себя, относительно предметов) _____

Личностные особенности (особенности поведения, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются страхи и др.) _____

Прочие дополнительные сведения _____

Заключение психолога (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме), дефектолога (олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога)

Уровень развития психических процессов ниже возрастной нормы./ Поведение без особенностей./

Эмоционально-волевая сфера нарушена. Сформированность ЭМП.

Выводы: Коррекция эмоционально-волевых нарушений. Коррекция поведенческих нарушений.

Коррекция психических процессов (внимания, памяти). Развитие свойств внимания. Формирование ЭМП.

Дата: _____

Подпись: _____ Расшифровка подписи: _____