

**ГЛАВА  
 ГОРОДСКОГО ОКРУГА КОТЕЛЬНИКИ  
 МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

\_\_\_31.05.2024\_\_\_ № \_\_487-ПГ\_\_

г. Котельники

Об утверждении Порядка организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

городского округа Котельники Московской области

В соответствии с Федеральным законом 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», распоряжением Министерства образования Московской области от 10.03.2015 № 6 «Об организации деятельности психолого-медико-педагогической комиссии

на территории Московской области» (с изменениями, внесенными распоряжением Министерства образования Московской области от 06.10.2021 № Р-632), в целях обеспечения первичной комплексной психолого-медико-педагогической помощи, своевременного выявления и профилактики отклонений в развитии детей, создания оптимальных условий для воспитания и обучения детей с отклонениями в развитии, постановляю:

1. Утвердить Порядок организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области (приложение).

2. Признать утратившим силу постановление главы городского округа Котельники Московской области от 22.01.2024 № 25-ПГ «Об утверждении Порядка организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области».

3. Ответственным за исполнением постановления назначить начальника управления развития отраслей социальной сферы администрации городского округа Котельники Московской области Хамидуллину С.И.

4. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя главы городского округа Котельники Московской области Дорошенко Е.Н.

Глава городского округа

Котельники Московской области С.А. Жигалкин

|  |
| --- |
| Приложение  УТВЕРЖДЕН  постановлением главы  городского округа Котельники  Московской области  от \_\_31.05.2024\_№ \_\_487-ПГ\_ |

Порядок организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

городского округа Котельники Московской области

I. Общие положения

1.1. Порядок организации деятельности психолого-медико-педагогической комиссии на территории городского округа Котельники Московской области (далее – ТПМПК) регламентирует деятельность территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области.

1.2. ТПМПК создается при управлении развития отраслей социальной сферы администрации городского округа Котельники Московской области в целях своевременного выявления детей и лиц старше 18 лет 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.

1.3. В своей деятельности ТПМПК руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов детей, федеральными, региональными и муниципальными нормативно-правовыми актами и методическими рекомендациями в части вопросов, отнесенных к полномочиям ТПМПК.

1.4. ТПМПК осуществляет свою деятельность в пределах городского округа Котельники Московской области во взаимодействии со структурными подразделениями администрации городского округа Котельники Московской области, муниципальными образовательными организациями, иными организациями и учреждениями по вопросам, отнесенным к полномочиям ТПМПК.

1.5. Обследование детей и лиц старше 18 лет на ТПМПК, консультирование детей и их родителей (законных представителей), а также лиц старше 18 лет специалистами ТПМПК осуществляется бесплатно.

1.6. ТПМПК имеет печать и бланки со своим наименованием.

II. Основные принципы деятельности ТПМПК

2. В своей деятельности ТПМПК руководствуется принципами:

- добровольности – родители (законные представители) ребенка, а также лица старше 18 лет самостоятельно принимают решение об обращении в ТПМПК, об участии в обследовании;

- конфиденциальности – информация о проведении обследования детей, лиц старше 18 лет на ТПМПК, результатах обследования, а также иная информация, связанная с обследованием, не подлежит разглашению или передаче третьим лицам без письменного согласия родителей (законных представителей) детей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- профессиональной ответственности – члены ТПМПК несут ответственность за принятые решения и рекомендации, которые затрагивают интересы ребенка, лиц старше 18 лет.

III. Состав ТПМПК

3.1. ТПМПК возглавляет руководитель. Руководитель организует работу ТПМПК и несет персональную ответственность за организацию деятельности и соблюдение организационной дисциплины.

3.2. В состав ТПМПК входят: педагог-психолог, учитель-логопед, социальный педагог, учитель-дефектолог, психиатр детский, сотрудник комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав. При необходимости в состав ТПМПК включаются и другие специалисты.

Включение в состав ТПМПК медицинских работников осуществляется по согласованию с главным врачом ГБУЗ МО «Котельниковская городская поликлиника»: врач-невролог, психиатр.

3.3. В работе ТПМПК принимают участие специалисты, имеющие необходимую профессиональную квалификацию, соответствующую требованиям квалификационной характеристики по должности и полученной специальности, подтвержденную документами об образовании.

3.4. Специалисты ТПМПК имеют право на:

- защиту своей профессиональной чести и достоинства;

- свободу выбора и использования методик диагностики при проведении обследования.

3.5. Специалисты ТПМПК обязаны:

- соблюдать обязательства о неразглашении персональных данных, результатах обследования и индивидуальных особенностях детей и лиц старше

18 лет и другую информацию, полученную в ходе проведения обследования;

- руководствоваться в своей деятельности профессиональными, этическими принципами и нравственными идеалами исходя из интересов детей, их родителей (законных представителей) и лиц старше 18 лет.

3.6. Специалисты ТПМПК несут персональную ответственность за действия/бездействия, которые могут нанести ущерб правам и интересам детей и их родителей (законных представителей) и лиц старше 18 лет, обращающихся

в ТПМПК.

3.7. ТПМПК имеет право:

- запрашивать у органов исполнительной власти, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

- осуществлять мониторинг реализации рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий для обучения и воспитания обучающихся в образовательных организациях, осуществляющих деятельность на территории городского округа Котельники Московской области, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей;

- вносить предложения по вопросам совершенствования деятельности ТПМПК.

3.8. Состав ТПМПК утверждается постановлением главы городского округа Котельники Московской области. Деятельность ТПМПК координируется управлением развития отраслей социальной сферы администрации городского округа Котельники Московской области.

Заседания ТПМПК организуются по мере необходимости проведения обследования детей.

IV. Основные направления деятельности ТПМПК

4. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

4.1. Проведение обследования детей в возрасте от 0 лет до 18 лет с целью своевременного выявления особенностей в физическом и психическом развитии ребенка и (или) отклонений в поведении детей, а также лиц старше 18 лет с целью определения образовательного маршрута.

4.2. Подготовка по результатам обследования рекомендаций по созданию условий для:

- оказания детям и лицам старше 18 лет психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания;

- коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

- обследование детей, не достигших возраста 6 лет 6 месяцев и старше

8-летного возраста на первое сентября предполагаемого года поступления

в общеобразовательную организацию;

- проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего, среднего общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;

- подтверждения, уточнения или изменения рекомендаций, ранее данных ТПМПК.

4.3. Оказание консультативной помощи родителям [(законным представителям)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей, работникам образовательных организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении, в том числе девиантным (общественно опасным) поведением, а также лицам старше 18 лет.

4.4. Координация взаимодействия специалистов ТПМПК со специалистами психолого-педагогических консилиумов образовательных организаций, родителями [(законными представителями)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF).

4.5. Анализ деятельности ТПМПК и психолого-педагогических консилиумов образовательных организаций.

4.6. Учет данных о детях с ограниченными возможностями здоровья, в том числе детях-инвалидах, проживающих на территории городского округа Котельники Московской области.

4.7. Подготовка и ведение соответствующей документации для проведения обследования детей.

4.8. Взаимодействие с психолого-педагогическими консилиумами образовательных организаций городского округа Котельники Московской области, Центральной психолого-медико-педагогической комиссией Московской области (далее – ЦПМПК).

V. Порядок работы ТПМПК

5.1. Направление на ТПМПК осуществляется с согласия родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей и лиц старше 18 лет. Инициатором обследования могут быть родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF), а также психолого-педагогический консилиум образовательной организации. Психолого-медико-педагогическая помощь в условиях ТПМПК оказывается на основании письменного заявления родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей и лиц старше 18 лет, согласия на обработку персональных данных. Согласие родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) ребенка подтверждается личным присутствием на ТПМПК во время проведения обследования.

5.2. 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 и лиц старше 18 лет.

5.3. Обследование осуществляется специалистами ТПМПК бесплатно. Обследование проводится с использованием дистанционных технологий или очно в помещениях, где размещается комиссия. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания, обучения или лечения, если обследование не может быть проведено в дистанционном режиме по медицинским показателям и обследуемый не может прибыть в помещения, где размещается комиссия. Обследование проводится несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов, процедура и продолжительность обследования определяется исходя из задач, возрастных, психофизических и индивидуальных особенностей ребенка, лиц старше 18 лет.

При принятии ТПМПК решения о дополнительном обследовании ребенка, лица старше 18 лет обследование проводится в другой день.

В сложных случаях ТПМПК может направить ребенка для дополнительного обследования на ЦПМПК. Направление на ЦПМПК оформляется руководителем ТПМПК по форме согласно приложения 2 к настоящему Порядку.

5.4. Обследование детей, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, обучающихся в образовательных организациях, реализующих программы дошкольного, начального общего, основного общего и среднего общего образования до окончания их обучения в образовательных организациях городского округа Котельники Московской области, а также лиц старше 18 лет, осуществляется с письменного согласия или по направлению других организаций, в том числе образовательных, медицинских и организаций социального обслуживания, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

5.5. Прием заявлений на получение заключений комиссии или проведение консультирования осуществляется посредством государственной информационной системы Московской области «Портал государственных

и муниципальных услуг (функций) Московской области», расположенной в сети «Интернет» по адресу: [www.uslugi.mosreg.ru](http://www.uslugi.mosreg.ru) (далее – Портал). Прием заявлений на Портале осуществляется в срок до 7 рабочих дней. К заявлению прикладываются документы, предусмотренные пунктом 5.6 настоящего Порядка (кроме паспорта гражданина Российской Федерации и свидетельства о рождении ребенка).

В случае прохождения комиссии с целью получения рекомендаций

о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования необходимо дополнительно прикрепить комплект документов, предусмотренных пунктом 5.7. настоящего порядка.

5.6. Для проведения обследования ребенка или лица старше 18 лет непосредственно в комиссию заявитель предоставляет следующие документы:

- заявление о проведении обследования в комиссии в очном (приложение 4 к настоящему Порядку)/ дистанционном (приложение 5 к настоящему Порядку) формате;

- свидетельство о рождении ребенка – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;

- паспорт гражданина Российской Федерации ребенка (при наличии,

для ребенка старше 14 лет - копия с предъявлением оригинала или заверенная

в установленном порядке;

- документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя) ребенка, либо документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка - копия с предъявлением оригинала или заверенная

в установленном порядке копия;

- документ, удостоверяющий личность лица старше 18 лет;

- направление психолого-педагогического консилиума образовательной организации, либо организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

- заключение (заключения) ТПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка, лица старше 18 лет (при наличии);

- подробную выписку из истории развития ребенка, лица старше 18 лет с заключениями врачей, наблюдающих обследуемого в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

- педагогическую характеристику, выданную образовательной организацией, подписанную руководителем образовательной организации (для воспитанников или обучающихся образовательных организаций);

- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (для обучающихся образовательных организаций);

- документ, подтверждающий инвалидность ребенка (при наличии);

- индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА) ребенка-инвалида (при наличии);

- копию справки врачебной комиссии об обучении на дому (при наличии).

5.7. Для прохождения комиссии с целью получения рекомендаций

о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования, кроме указанных документов в пункте 5.5. настоящего Порядка необходимо дополнительно предоставить:

- медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья, рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями

о создании специальных условий при сдаче ГИА в текущем учебном году- оригинал;

- медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья, рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями

о создании специальных условий при сдаче ГИА на дому (в медицинской организации) в текущем учебном году (при наличии) - оригинал;

- медицинское заключение врачебной комиссии с рекомендациями

об обучении на дому (при наличии) - копия, заверенные в установленном порядке;

- приказ о переводе на обучение на дому/организации, в медицинской организации (при наличии) – копия, заверенная в установленном порядке.

При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей [(законных представителей)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) дополнительную информацию о ребенке.

В случае наличия у лица старше 18 лет заболеваний, препятствующих самостоятельному обращению в ТПМПК, от его имени и в его интересах действует опекун либо помощник, назначенный в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

В день проведения обследования родитель (законный представитель) или лицо старше 18 лет подписывает согласие на обработку персональных данных

по формам согласно приложениям 6-8 к настоящему Порядку.

5.8. Информирование родителей (законных представителей) ребенка, лиц старше 18 лет о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

5.9. ТПМПК ведется следующая документация:

- журнал записи на обследование детей и лиц старше 18 лет (в электронном виде);

- журнал учета детей и лиц старше 18 лет, прошедших обследование

(на бумажном носителе и в электронном виде);

- журнал учета заключений, выданных комиссией;

- карта лица, прошедшего обследование (на бумажном носителе);

- протокол обследования ребенка, лица старше 18 лет (на бумажном носителе и (или) в электронном виде).

Журналы хранятся не менее 5 лет после окончания их ведения. Карта ребенка и протокол обследования ребенка хранятся не менее 10 лет после достижения детьми 18-летнего возраста. Карта лица старше 18 лет и протокол обследования хранятся не менее 10 лет.

Документы воспитанников и обучающихся образовательных организацией, расположенных на территории городского округа Котельники Московской области, подлежат хранению в образовательной организации согласно указанным срокам.

Формы документов, используемые в работе, разрабатываются ТПМПК в соответствии с формами, рекомендованными нормативными документами, и согласовываются с управлением развития отраслей социальной сферы администрации городского округа Котельники Московской области.

5.10. Результаты обследования ребенка, лица старше 18 лет отражаются в протоколе по форме согласно приложения 9 к настоящему Порядку и в заключении по форме согласно приложений 10-16 к настоящему Порядку, оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами, проводившими обследование, и руководителем ТПМПК (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью ТПМПК.

В протоколе обследования указываются:

- сведения о ребенке, лице старше 18 лет (ФИО, дата рождения, домашний телефон, анамнез развития);

- сведения о родителях (законных представителях) (ФИО, образование, должность) (в случае обследования ребенка);

- сведения о специалистах ТПМПК;

- перечень документов, представленных для проведения обследования;

- результаты обследования ребенка, лица старше 18 лет специалистами;

- выводы специалистов;

- особые мнения специалистов (при наличии);

- заключение ТПМПК.

В заключении ТПМПК, заполненном на бланке ТПМПК, указываются:

- обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка, лица старше 18 лет особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении;

- обоснованные выводы о наличии или отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком, лицом старше 18 лет образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

- рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок, лицо старше 18 лет может освоить, форм и методов психолого-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования.

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

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения ТПМПК продлевается, но не более чем на 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

5.11. Копия заключения комиссии и копия особых мнений специалистов (при их наличии) (приложение 17 к настоящему Порядку) по согласованию с родителями (законными представителями) детей, либо лицам старше 18 лет выдаются им под подпись или направляются

по почте с уведомлением о вручении.

5.12. По результатам обследования комиссия формирует заключение

в электронном виде, которое содержит рекомендации о необходимом психолого-педагогическом сопровождении и создании специальных условий получения образования (приложения 10-16 к настоящему Порядку).

5.13. Заключение ТПМПК носит рекомендательный характер. Представленное родителями (законными представителями) детей заключение ТПМПК является основанием для создания образовательными организациями в соответствии с их компетенцией, рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов.

Заключение ТПМПК действительно для представления в образовательные организации в течение календарного года с момента его подписания.

VI. Права родителей (законных представителей) детей

6.1. Родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей имеют право:

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

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

6.2. Родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей на основании личного заявления имеют право на отказ от помощи образовательной организации. Для реализации данного права родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) детей подают соответствующее заявление на имя руководителя образовательной организации. Заявление хранится в личном деле ребенка.

6.3. В случае несогласия с заключением ТПМПК родители [(законные представители)](consultantplus://offline/ref=B7C45922CB45DFF1E274113EFA7A976AD2AD7869999CC73501355B813DB2F2A4C0670B2085F83EOELAF) ребенка могут обжаловать его в ЦПМПК.

Приложение 1

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ**

**ДАННЫХ**

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

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

понимаю, что, являясь специалистом территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области, получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в ТПМПК (далее-ПМПК); во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся на ПМПК.

Понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся на ПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся на ПМПК, 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 ПМПК;

- рекомендации, полученные по результатам обращения на ПМПК;

- иная информация, относящаяся к категории персональных данных или информации ограниченного доступа.

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

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

дата должность Ф.И.О. подпись

Приложение 2

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогической комиссия

городского округа Котельники Московской области

Направление

в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию

городской округ Котельники «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Данные обследуемого:

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата прохождения Территориальной ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации Территориальной ПМПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Руководитель Территориальной ПМПК

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

МП

Приложение 3

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Председателю ТПМПК

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

ФИО руководителя полностью

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) полностью

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

документ, удостоверяющий личность

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

выдан

регистрация по адресу:

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

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу направить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО ребенка полностью, дата рождения

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

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

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

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

комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка в Центральную ПМПК Московской области в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Обязуюсь предоставить в управление развития отраслей социальной сферы администрации г.о. Котельники копию заключения ЦПМПК.

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

дата оформления направления

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

подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

Приложение 4

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Руководителю Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

городского округа Котельники Московской области

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

ФИО руководителя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

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

ФИО ребенка полностью, лица старше 18 лет, дата рождения

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

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка, лица старше 18 лет

с целью (отметить необходимое):

* получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования
* получение заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА
* консультирование

и предоставить мне копию заключения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Московской области (далее – ПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

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

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

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

подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

Приложение 5

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Руководителю Территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

городского округа Котельники Московской области

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

ФИО руководителя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в дистанционном онлайн режиме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО ребенка полностью, лица старше 18 лет, дата рождения

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

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка, лица старше 18 лет

с целью (отметить необходимое):

* получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования
* получение заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА
* консультирование

и предоставить мне копию заключения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Московской области (далее – ПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

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

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

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

подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

Приложение 6

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

СОГЛАСИЕ

родителя (законного представителя)на обработку персональных данных ребенка

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

по документу, удостоверяющему личность, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

телефон, e-mail

данные ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. ребенка полностью в именительном падеже*

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*свидетельство о рождении или документ, подтверждающий, что субъект*

*является законным представителем* *подопечного*

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области 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;

- 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 обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;

- учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;

- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;

- учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами;

- учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;

- учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;

- обеспечения личной безопасности обучающихся.

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

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей.

Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию городского округа Котельники Московской области письменного отзыва.

Согласен/согласна, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия городского округа Котельники Московской области 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение 7

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных родителя (законного представителя)

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

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющем личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

телефон

настоящим даю своё согласие на обработку в психолого-медико-педагогической комиссии г.о. Котельники Московской области (далее – ПМПК) 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 в отношении ребенка.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;

- обеспечения личной безопасности обучающихся.

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

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей.

Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию городского округа Котельники Московской области письменного отзыва.

Согласен/согласна, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия городского округа Котельники Московской области обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

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

Ф.И.О. гражданина

Подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка подписи

Приложение 8

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющем личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

телефон

настоящим даю своё согласие на обработку в психолого-медико-педагогической комиссии г.о. Котельники Московской области (далее – ПМПК) 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 в отношении ребенка.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;

- обеспечения личной безопасности обучающихся.

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

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей.

Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Котельники Московской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию городского округа Котельники Московской области письменного отзыва.

Согласен/согласна, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия городского округа Котельники Московской области обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

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

Ф.И.О. гражданина

Подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

расшифровка подписи

Приложение 9

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст на момент обследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол обследуемого: муж/жен

Место проведения обследования:

в помещениях, закрепленных за ПМПК/ по месту проживания обследуемого/ в образовательной организации/ в медицинской организации/ в организации социальной защиты/ в иной организации/ дистанционно.

Прием: первичный/ повторный

Наличие инвалидности: да/нет\_\_\_\_\_\_\_\_

Инициатор обращения в ПМПК:

родители (законные представители)/ организация осуществляющая образовательную деятельность/ организация здравоохранения/ органы (организации) опеки/ органы (организации) социальной защиты/ бюро МСЭ/ иная организация (указать какая)/ самостоятельно.

Состав/статус семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для детей, оставшихся без попечения родителей и детей-сирот: возмездная опека (кроме организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей/ безвозмездная опека / полное государственное обеспечение (организация для детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей/ психоневрологический интернат).

Адрес регистрации (проживания) обследуемого:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_

Перечень документов, представленных на ПМПК: свидетельство о рождении, паспорт родителя (законного представителя), предыдущее заключение ПМПК, Справка МСЭ, ИПРА, заявление на проведение обследования, выписка из истории развития, характеристика, представление ППк ОО, Согласие на обработку персональных данных, медицинское заключение, иное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения об образовании:

Наименование образовательной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_

Посещал/ не посещал/ посещает в настоящее время

Уровень образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дошкольное; начальное общее; основное общее; среднее общее; профессиональное обучение; среднее профессиональное; высшее профессиональное)

Группа/класс/курс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением дистанционных технологий:\_\_\_\_\_\_

(да/нет)

Организация обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в ОО; на дому; в санаторной ОО; в мед. организации; семейное образование)

Заключения специалистов ПМПК:

Педагог-психолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коллегиальное заключение (выводы) ПМПК:

*Нуждается/не нуждается*: в ранней комплексной помощи/ в создании специальных условий/ в создании специальных условий при проведении ГИА по образовательным программа основного общего/ среднего общего образования/ в организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы)/ в психолого-педагогической помощи.

*Нуждается* в дополнительном обследовании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дошкольное; начальное общее; основное общее; среднее общее; общее образование обучающихся с У/о {ИН}; среднее профессиональное; высшее профессиональное)

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление услуг ассистента (помощника):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные методы обучения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебники:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебные пособия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация пространства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тьюторское сопровождение обучающихся: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных рекомендаций (повторная ПМПК):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особое мнение специалистов ПМПК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные рекомендации ПМПК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ТПМПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Члены ТПМПК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

МП

Приложение 10

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вариант и срок реализации программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление услуг ассистента (помощника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные методы обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебные пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные технические средства обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация пространства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тьюторское сопровождение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед

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

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог)

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

Социальный педагог

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

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 11

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи и организации специального педагогического подхода к обучающемуся с девиантным поведением, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог

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

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

Учитель-логопед

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

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

Социальный педагог

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

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

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 12

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог

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

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

Учитель-логопед

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

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

Социальный педагог

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

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

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 13

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании специальных условий для получения образования обучающимся

с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью

(на уровень среднего профессионального образования, высшего профессионального образования, основную программу профессионального обучения)

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Психолого-педагогическое сопровождение:

Педагог-психолог

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

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

Социальный педагог

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

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

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 14

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

Территориальная

психолого-медико-педагогическая комиссия

городского округа Котельники Московской области

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная программа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Не нуждается в создании специальных условий для получения образования обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью.

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 15

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

**Территориальная**

**психолого-медико-педагогическая комиссия**

**городского округа Котельники Московской области**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О создании условий при проведении ГИА-9**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование образовательной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Класс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК** (нужное подчеркнуть):

Не нуждается в создании специальных условий при проведении ГИА;

Нуждается в создании специальных условий при проведении итогового собеседования по русскому языку.

Нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования.

Обучающийся с ОВЗ: нет/да

на основании Заключения ПМПК (наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Обучающийся, имеющий инвалидность: нет/да,

на основании справки МСЭ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. на срок до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Обучающийся на дому: нет/да

на основании медицинского заключения №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Название медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучающийся в медицинской организации: нет/да

на основании медицинского заключения №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Название медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для выбора обучающимся формы ГИА: имеется, не имеется.

Основание для сокращения количества экзаменов до 2-х обязательных: имеется/не имеется.

Категория ЭМ (ГВЭ): Русский язык:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Математика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность экзамена, допуска к экзамену: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требование к оформлению КИМ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требование к рабочему месту:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ассистент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оформление работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация ППЭ: на базе ОО/ на дому/ на базе медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Медицинское сопровождение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МП (подпись) ФИО

Приложение 16

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

**Территориальная**

**психолого-медико-педагогическая комиссия**

**городского округа Котельники Московской области**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**О создании условий при проведении ГИА-11**

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование образовательной организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Класс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК** (нужное подчеркнуть):

Не нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации, итогового собеседования/сочинения (изложения);

Нуждается в создании специальных условий при проведении итогового сочинения (изложения),

Нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования.

Обучающийся с ОВЗ: нет/да

на основании Заключения ПМПК (наименование)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Обучающийся, имеющий инвалидность: нет/да,

на основании справки МСЭ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. на срок до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Обучающийся на дому: нет/да

На основании медицинского заключения №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Название медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучающийся в медицинской организации: нет/да

На основании медицинского заключения №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Название медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для выбора обучающимся формы ГИА: имеется, не имеется.

Категория ЭМ (ГВЭ): Русский язык:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Математика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Продолжительность экзамена, допуска к экзамену: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требование к оформлению КИМ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Требование к рабочему месту:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ассистент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оформление работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация ППЭ: на базе ОО/ на дому/ на базе медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Медицинское сопровождение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

Члены Комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) ФИО

МП

Приложение 17

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого-медико-педагогической

комиссии городского округа Котельники

Московской области

Форма

**Территориальная**

**психолого-медико-педагогическая комиссия**

**городского округа Котельники Московской области**

ОСОБОЕ МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

Выписка из протокола № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г.

ФИО обследуемого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Специалисты ПМПК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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