

Председателю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Изобильненского городского округа Ставропольского края

от \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя) полностью

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдал \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

\_\_\_\_\_  
ФИО ребенка полностью, дата рождения, регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

при необходимости включающее запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что в работе ТПМПК ИГОСК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО родителя/законного представителя

## СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

даю свое согласие на обработку территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Изобильненского городского округа Ставропольского края моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, к которым относятся:

- паспортные данные;
- адрес места проживания, адрес регистрации;
- домашний, мобильный и служебный телефоны;
- прочие сведения.

Я даю согласие на использование моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в целях проведения комплексного обследования ребенка в ТПМПК ИГОСК.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что ТПМПК ИГОСК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Персональные данные не будут распространяться и передаваться третьим лицам без моего согласия и будут обрабатываться только в целях выполнения обязательств по обследованию ребенка в ТПМПК ИГОСК.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
ФИО родителя/законного представителя

Угловой штамп ОО

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию  
Изобильненского городского округа Ставропольского края (ТПМПК ИГОСК)**

\_\_\_\_\_

полное наименование образовательной организации

направляет \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего \_\_\_\_\_

адрес регистрации / фактического проживания

на обследование в ТПМПК ИГОСК в связи с \_\_\_\_\_

указывается причины направления ребенка на ТПМПК ИГОСК

Приложение (перечень документов, выданных родителю / законному представителю ребенка на руки для предъявления в ЦПМПК):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись руководителя образовательной организации

М.П.

**Коллегиальное заключение психолого-медико-педагогического консилиума**

(наименование образовательной организации)

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Общие сведения**

ФИО обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения обучающегося: \_\_\_\_\_ Класс/группа: \_\_\_\_\_

Образовательная программа: \_\_\_\_\_

Причина направления на ТПМПК ИГОСК: \_\_\_\_\_

**Коллегиальное заключение ПМПк**

(выводы об имеющихся у ребенка трудностях (без указания диагноза) в развитии, обучении, адаптации (исходя из актуального запроса) и о мерах, необходимых для разрешения этих трудностей, включая определение видов, сроков оказания психолого-медико-педагогической помощи.

Рекомендации педагогам \_\_\_\_\_

Рекомендации родителям \_\_\_\_\_

Приложение: \_\_\_\_\_

(планы коррекционно-развивающей работы, индивидуальный образовательный маршрут и другие необходимые материалы)

Председатель ПМПк \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

Члены ПМПк: \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

И.О. Фамилия

С решением ознакомлен(а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))С решением согласен (на) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен(на) частично, не согласен(на) с пунктами: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

## КАРТА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

(для направления ребенка в ТТМПК ИГОСК)

Ребенок \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

### Заключения врачей-специалистов:

**Невролог** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

**Отоларинголог** \_\_\_\_\_  
(при нарушенном слухе-аудиограмма)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

**Офтальмолог** \_\_\_\_\_  
(с указанием остроты зрения на оба глаза в очках и без очков)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

**Хирург - ортопед** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

**Психиатр** \_\_\_\_\_

(по МКБ-10)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

Заключения врачей, у которых ребенок состоит на диспансерном учёте: (с указанием конкретных лечебно-профилактических мероприятий, которые врач рекомендует с указанием конкретных лечебно-профилактических мероприятий, которые врач рекомендует обеспечить при проведении государственной (итоговой) аттестации в форме государственного выпускного экзамена и (или) единого государственного экзамена в пункте проведения экзаменов: например, (сахарный диабет – пользование дозиметром и прием инсулина), (гастрит – прием лекарств и организация лечебного питания в перерывах), (энурез, астенические и обморочные состояния – необходимость санитарно-гигиенических перерывов и др.).

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

\_\_\_\_\_ М.П.  
(дата) (подпись)

Дополнительная информация:

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

Угловой штамп ОО

## ХАРАКТЕРИСТИКА-ПРЕДСТАВЛЕНИЕ на воспитанника/обучающегося для предоставления на ТПМПК ИГОСК

---

(ФИО, дата рождения, группа/класс)

### Общие сведения:

1. Дата поступления в образовательную организацию.
2. Программа обучения (полное наименование).
3. Форма организации образования:
  - а) в группе/классе
    - группа: комбинированной направленности, компенсирующей направленности, общеразвивающая, пристра и ухода, кратковременного пребывания, Лекотека и др.);
    - класс: общеобразовательный, отдельный для обучающихся с ...;
  - б) на дому;
  - в) в форме семейного образования;
  - г) сетевая форма реализации образовательных программ;
  - д) с применением дистанционных технологий
4. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость ребенка (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (причины), перевод в состав другого класса, замена учителя начальных классов (однократная, повторная), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией, обучение на основе индивидуального учебного плана, надомное обучение, повторное обучение, наличие частых, хронических заболеваний или пропусков учебных занятий и др.
5. Состав семьи (перечислить, с кем проживает ребенок – родственные отношения и количество детей/взрослых).
6. Трудности, переживаемые в семье (материальные, хроническая психотравматизация, особо отмечается наличие жестокого отношения к ребенку, факт проживания совместно с ребенком родственников с асоциальным или антисоциальным поведением, психическими расстройствами - в том числе братья/сестры с нарушениями развития, а также переезд в другие социокультурные условия менее чем 3 года назад, плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи, низкий уровень образования членов семьи, больше всего занимающихся ребенком).

### Информация об условиях и результатах образования ребенка в образовательной организации:

1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент поступления в образовательную организацию: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отставало, отставало, неравномерно отставало, частично опережало).
2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент подготовки характеристики: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отстает, отстает, неравномерно отстает, частично опережает).
3. Динамика (показатели) познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития (по каждой из перечисленных линий): крайне незначительная, незначительная, неравномерная, достаточная.

4. Динамика (показатели) деятельности (практической, игровой, продуктивной) за период нахождения в образовательной организации<sup>1</sup>
5. Динамика освоения программного материала:
  - программа, по которой обучается ребенок (авторы или название ОП/АОП);
  - соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы или, для обучающегося по программе дошкольного образования: достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного, среднего, профессионального образования: достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях: (фактически отсутствует, крайне незначительна, невысокая, неравномерная).
6. Особенности, влияющие на результативность обучения: мотивация к обучению (фактически не проявляется, недостаточная, нестабильная), сензитивность в отношениях с педагогами в учебной деятельности (на критику обижается, дает аффективную вспышку протеста, прекращает деятельность, фактически не реагирует, другое), качество деятельности при этом (ухудшается, остается без изменений, снижается), эмоциональная напряженность при необходимости публичного ответа, контрольной работы и пр. (высокая, неравномерная, нестабильная, не выявляется), истощаемость (высокая, с очевидным снижением качества деятельности и пр., умеренная, незначительная) и др.
7. Отношение семьи к трудностям ребенка (от игнорирования до готовности к сотрудничеству), наличие других родственников или близких людей, пытающихся оказать поддержку, факты дополнительных (оплачиваемых родителями) занятий с ребенком (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, репетиторство).
8. Получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (конкретизировать): занятия с логопедом, дефектологом, психологом, учителем начальных классов. Указать длительность (когда начались/закончились занятия), регулярность посещения этих занятий, выполнение домашних заданий этих специалистов.  
Для обучающегося по АОП – указать коррекционно-развивающие курсы, динамику в коррекции нарушений.
9. Характеристики взросления<sup>2</sup>
  - хобби, увлечения, интересы (перечислить, отразить их значимость для обучающегося, ситуативность или постоянство пристрастий, возможно наличие травмирующих переживаний - например, запретили родители, исключили из секции, перестал заниматься из-за нехватки средств и т.п.);
  - характер занятости во внеучебное время (имеет ли круг обязанностей, как относится к их выполнению);
  - отношение к учебе (наличие предпочитаемых предметов, любимых учителей);
  - отношение к педагогическим воздействиям (описать воздействия и реакцию на них);
  - характер общения со сверстниками, одноклассниками (отвергаемый или отесненный, изолированный по собственному желанию, неформальный лидер);
  - значимость общения со сверстниками в системе ценностей обучающегося (приоритетная, второстепенная);
  - значимость виртуального общения в системе ценностей обучающегося (сколько времени по его собственному мнению проводит в социальных сетях);
  - способность критически оценивать поступки свои и окружающих, в том числе антиобщественные проявления (не сформирована, сформирована недостаточно,

<sup>1</sup> Для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

<sup>2</sup> Для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением.

- сформирована "на словах");
- самосознание (самооценка);
- принадлежность к молодежной субкультуре(ам);
- особенности психосексуального развития;
- религиозные убеждения (не актуализирует, навязывает другим);
- отношения с семьей (описание известных педагогам фактов: кого слушается, к кому привязан, либо эмоциональная связь с семьей ухудшена/утрачена);
- жизненные планы и профессиональные намерения.

#### Поведенческие девиации<sup>3</sup>

- совершенные в прошлом или текущие правонарушения;
  - наличие самовольных уходов из дома, бродяжничество;
  - проявления агрессии (физической и/или вербальной) по отношению к другим (либо к животным), склонность к насилию;
  - оппозиционные установки (спорит, отказывается) либо негативизм (делает наоборот);
  - отношение к курению, алкоголю, наркотикам, другим психоактивным веществам (пробы, регулярное употребление, интерес, стремление, зависимость);
  - сквернословие;
  - проявления злости и/или ненависти к окружающим (конкретизировать);
  - отношение к компьютерным играм (равнодушен, интерес, зависимость);
  - повышенная внушаемость (влияние авторитетов, влияние дисфункциональных групп сверстников, подверженность влиянию моды, средств массовой информации и пр.);
  - дезадаптивные черты личности (конкретизировать).
10. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы (конкретизировать).
11. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и/или условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Представление может быть дополнено исходя из индивидуальных особенностей обучающегося.

В отсутствие в образовательной организации психолого-педагогического консилиума, Представление готовится специалистом в динамике наблюдающим ребенка (воспитатель/учитель начальных классов/классный руководитель/мастер производственного обучения/ тьютор/ психолог /дефектолог ),

Дата составления документа.

Представление заверяется личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации.

<sup>3</sup> Для подростков, а также обучающихся с девиантным (общественно-опасным) поведением







**КАРТА РЕБЕНКА,  
прошедшего обследование на территориальной психолого-медико-  
педагогической комиссии Изобильненского городского округа  
Ставропольского края**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

ДОУ, ОУ группа, класс \_\_\_\_\_

Какие ДОУ (группы) посещал: общеобразовательное, компенсирующего вида, не посещал  
(нужное подчеркнуть)

С какого возраста начал школьное обучение \_\_\_\_\_

По какой программе \_\_\_\_\_

Дублировал ли программу классов \_\_\_\_\_

Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня \_\_\_\_\_

С какого времени обучается в данном ОУ \_\_\_\_\_

**1. Заключение ТПМПК ИГОСК**

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

**Рекомендации ТПМПК ИГОСК**

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

Выдан протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.

**2. Дата повторного посещения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.**

Предварительный медицинский диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заключение ТПМПК ИГОСК \_\_\_\_\_

---

---

Рекомендации ТПМПК ИГОСК

---

---

---

---

Выдан протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.

**3. Дата повторного посещения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.**

Предварительный медицинский диагноз \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Заключение ТПМПК ИГОСК

---

---

---

---

Рекомендации ТПМПК ИГОСК

---

---

---

---

Выдан протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.

**4. Дата повторного посещения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.**

Предварительный медицинский диагноз \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Заключение ТПМПК ИГОСК

---

---

---

---

Рекомендации ТПМПК ИГОСК

---

---

---

---

Выдан протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_ г.

ПРОТОКОЛ №  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО МЕДИКО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

Дата обследования \_\_\_\_\_ Регистрационный № \_\_\_\_\_

**Информация о ребенке:**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Адрес регистрации, телефон: \_\_\_\_\_

4. Инвалидность (№ документа, кем выдан, срок действия) \_\_\_\_\_

5. Кем направлен на консультацию (р/психиатр, ПМПК, ГПНД, ОПНД), дата обследования \_\_\_\_\_

DS: \_\_\_\_\_

6. Где воспитывается (обучается), история обучения \_\_\_\_\_

7. Сведения о родителях:

Отец: возраст \_\_\_\_\_, образование \_\_\_\_\_, место работы \_\_\_\_\_

Вредные привычки: (злоупотр. alc., наркомания), МЛС, ЛРП. Наследственность: отягощена (да, нет) \_\_\_\_\_

Мать: возраст \_\_\_\_\_, образование \_\_\_\_\_, место работы \_\_\_\_\_

Вредные привычки: (злоупотр. alc., наркомания), МЛС, ЛРП. Наследственность: отягощена (да, нет) \_\_\_\_\_

8. Состав семьи: \_\_\_\_\_ детей \_\_\_\_\_

**Результаты медицинского обследования:**

Соматическое состояние \_\_\_\_\_

DS невролога, МКБ 10 \_\_\_\_\_

Заключение отоларинголога \_\_\_\_\_

Заключение офтальмолога \_\_\_\_\_

**Осмотр психиатра**

На приеме: осмотрен(а) с добровольного согласия и в присутствии: \_\_\_\_\_

Из анамнеза: \_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_

Психический статус: \_\_\_\_\_

DS: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

**Психологическое обследование** \_\_\_\_\_

**Рекомендации:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Результаты логопедического обследования.**

Родной язык в семье \_\_\_\_\_ Занятия с логопедом \_\_\_\_\_

(где занимался, достигнутый результат)

Связная речь \_\_\_\_\_

Звуковая сторона речи \_\_\_\_\_

Словарный запас \_\_\_\_\_

Грамматический строй речи \_\_\_\_\_

Письмо \_\_\_\_\_

Чтение \_\_\_\_\_

Особенности речи, связанные с заиканием \_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

Рекомендации: \_\_\_\_\_

**Коллегиальное заключение специалистов ПМПК**

**Образовательный маршрут** \_\_\_\_\_

**Форма получения образования** \_\_\_\_\_

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

**Формы и методы психолого-медико-педагогической помощи** \_\_\_\_\_

**Необходимость создания специальных условий для получения образования** \_\_\_\_\_

**Рекомендации педагогам** \_\_\_\_\_

**Рекомендации родителям (законным представителям)** \_\_\_\_\_

**Подписи специалистов:**

Председатель \_\_\_\_\_

Зам. председателя \_\_\_\_\_

Секретарь \_\_\_\_\_

**Члены ТПМПК ИГОСК**

Педагог-психолог \_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_

Отдел образования администрации  
Изобильненского городского округа  
Ставропольского края  
**Территориальная психолого-медико-  
педагогическая комиссия**  
**Изобильненского городского округа**  
**Ставропольского края**  
**(ТПМПК ИГОСК)**  
356140, г. Изобильный, ул. Советская, 65  
тел.(факс): (865-45)2-43-67  
E-mail: mr.tpmkimrsk2016@yandex.ru  
ИНН 2607017873 КПП 260701001 ОГРН 1042600006195

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
территориальной психолого-медико-  
педагогической комиссии  
Изобильненского городского округа  
Ставропольского края  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Протокола № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Ф.И.О. ребенка** \_\_\_\_\_ **Дата рождения:** \_\_\_\_\_ г.

**Адрес регистрации:** \_\_\_\_\_

**Адрес проживания:** \_\_\_\_\_

**Основные особенности ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий получения образования:** \_\_\_\_\_

**Нуждается / не нуждается (нужное подчеркнуть) в создании специальных условий образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации.**

**Рекомендации ТПМПК ИГОСК по созданию специальных условий обучения и воспитания ребенка в образовательной организации**

1. Образовательная программа \_\_\_\_\_
2. Форма обучения (в соответствии с рекомендациями врачебной комиссии) \_\_\_\_\_
3. Режим обучения \_\_\_\_\_
4. Форма получения образования \_\_\_\_\_
5. Обеспечение архитектурной особенности \_\_\_\_\_
6. Специальные технические средства обучения \_\_\_\_\_
7. Предоставление услуг ассистента (помощника) \_\_\_\_\_  
Предоставление услуг тьютора \_\_\_\_\_
8. Специальные учебники \_\_\_\_\_
9. Другие специальные условия \_\_\_\_\_
10. Направления коррекционно-развивающей работы и психолого-педагогической помощи \_\_\_\_\_
11. Срок повторного прохождения ТПМПК ИГОСК \_\_\_\_\_

**Дата выдачи заключения ТПМПК ИГОСК «** \_\_\_\_\_ **»** \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Председатель ТПМПК  
Зам. председателя

Учитель-дефектолог  
Учитель-логопед  
Педагог-психолог  
Социальный педагог

М.П.

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

(дата)

(подпись)

(ФИО)