



Муниципальное образование  
Советский район  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

## АДМИНИСТРАЦИЯ СОВЕТСКОГО РАЙОНА

---

---

# ПОСТАНОВЛЕНИЕ

## (проект)

от «    »           2025г.

№ \_\_\_\_\_/НПА

Об утверждении порядка работы  
территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии Советского района

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства просвещения Российской Федерации от 01.11.2024 № 763 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», приказом Департамента образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 21.02.2025 № 10-П-324 «О регламентации деятельности центральной психолого-медико-педагогической комиссии Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и признании утратившим силу некоторых приказов Департамента образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа - Югры», приказом Департамента образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 25.02.2025 № 10-П-343 «Об утверждении форм документов, используемых в работе психолого-медико-педагогических комиссий Ханты-Мансийского автономного округа - Югры», Уставом Советского района:

1. Утвердить порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Советского района (приложение).

2. Признать утратившими силу постановления администрации Советского района:

- от 14.09.2018 № 2056/НПА «Об утверждении порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Советского района»;
- от 08.11.2018 № 2394/НПА «О внесении изменений в постановление администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 24.12.2018 № 2860/НПА «О внесении изменений в постановление администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 15.07.2019 № 1602/НПА «О внесении изменений в постановление Администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;

- от 06.11.2019 № 2492/НПА «О внесении изменений в постановление администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 26.01.2021 № 112/НПА «О внесении изменений в постановление администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 31.03.2022 № 868/НПА «О внесении изменений в постановление Администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 29.11.2023 № 1958/НПА «О внесении изменений в постановление администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА»;
- от 12.01.2024 № 38/НПА «О внесении изменений в постановление Администрации Советского района от 14.09.2018 № 2056/НПА».

3. Опубликовать настоящее постановление в порядке, установленном Уставом Советского района, и разместить на официальном сайте Советского района.

4. Распространить действие настоящего постановления на правоотношения, возникшие с 01.03.2025.

Глава Советского района

Е.И.Буренков

Прием заключений по результатам проведения независимой антикоррупционной экспертизы проектов МНПА осуществляется с 13.03.2025 по 15.03.2025 на адрес электронной почты [adm@sovnrhmao.ru](mailto:adm@sovnrhmao.ru) в порядке, предусмотренном нормативно-правовыми актами Российской Федерации

## **Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Советского района**

1. Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Советского района (далее Порядок) регламентирует организацию деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Советского района (далее территориальная ПМПК, комиссия), действующей в целях выявления детей и подростков с отклонениями в развитии, проведение комплексного диагностического обследования несовершеннолетних и разработки рекомендаций, направленных на определение специальных условий для получения ими образования и сопутствующего медицинского обслуживания.

2. Территориальная ПМПК в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, нормативными правовыми актами Российской Федерации в сфере образования и здравоохранения, нормативными правовыми актами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, настоящим Порядком.

3. Организацию работы территориальной ПМПК обеспечивает Управление образования администрации Советского района (далее Управление образования).

4. Комиссия создается при муниципальном автономном учреждении дополнительного образования Советского района «Центр «Созвездие» имени Героя Советского Союза генерал-полковника Гришина Ивана Тихоновича».

5. Комиссию возглавляет руководитель, имеющий высшее образование не ниже уровня специалитета и (или) магистратуры по специальности, направлению подготовки «Образование и педагогические науки» («Специальное (дефектологическое) образование» или «Психолого-педагогическое образование»).

6. Деятельность территориальной ПМПК организует руководитель территориальной ПМПК, в его отсутствие - заместитель руководителя.

7. В состав комиссии входят: педагог - психолог, учителя – дефектологи (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель - логопед, социальный педагог, врач - педиатр, врач-терапевт, врач - офтальмолог, врач - оториноларинголог, врач – травматолог-ортопед, врач – психиатр. Состав врачей утверждается для очного и заочного участия. При необходимости в составе комиссии работают и другие врачи-специалисты.

8. Включение врачей в состав комиссии осуществляется по согласованию с автономным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Советская районная больница», бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Пионерская районная больница», бюджетным учреждением Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница».

9. На одного из членов комиссии возлагаются функции секретаря комиссии.

10. Режим работы и персональный состав территориальной ПМПК ежегодно утверждается приказом Управления образования администрации Советского района на текущий учебный год.

11. Территориальная ПМПК при осуществлении своих функций взаимодействует: с территориальными органами федеральных органов исполнительной власти, органами государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, правоохранительными органами, органами местного самоуправления, образовательными

и медицинскими организациями, физическими и юридическими лицами независимо от организационно-правовой формы.

12. Взаимодействие территориальной ПМПК и Бюро медико-социальной экспертизы № 16 филиала Федерального казённого учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации (далее Бюро МСЭ) осуществляется в соответствии с заключенным соглашением о взаимодействии.

13. Информирование родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся об основных направлениях деятельности, месте нахождения, графике работы территориальной ПМПК, необходимом составе документов для проведения обследования, сроках проведения обследования, порядке проведения обследования осуществляет Управление образования путем размещения информации на сайте Управления образования <http://sovobrazovanie.ru/>, сайтах и информационных стендах образовательных организаций.

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

15. Основные направления деятельности комиссии:

1) проведение обследования детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими обучения в образовательных организациях (далее-обследуемый), в целях выявления у них особенностей физического и (или) психического развития и (или) отклонений в поведении;

2) подготовка по результатам обследования рекомендаций по организации обучения и воспитания обследуемых, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

3) определение рекомендаций по организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении;

4) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) обследуемых, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей с девиантным (общественно опасным) поведением;

5) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее-ИПРА);

6) осуществление учета данных об обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, о детях с девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

7) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

16. Территориальной ПМПК ведется следующая документация (в бумажном и (или) электронном виде, в том числе с использованием информационных систем):

1) журнал записи детей на обследование (приложение 1 к настоящему Порядку);

2) журнал учета детей, прошедших обследование, и учета выданных заключений (приложение 2 к настоящему Порядку);

3) протокол обследования (приложение 4 к настоящему Порядку);

4) заключение о создании специальных условий для получения образования (приложение 5 к настоящему Порядку);

5) заключение о направлении на дообследование (приложение 6 к настоящему Порядку);

6) заключение о создании условий при проведении государственной итоговой аттестации, процедур допуска к государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего/среднего общего образования (приложение 7 к настоящему Порядку);

7) заключение о создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся (приложение 8 к настоящему Порядку);

8) личное дело (карта) обследуемого, прошедшего обследование (приложение 9 к настоящему Порядку);

9) представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося) (приложение 10 к настоящему Порядку);

17. Комиссия имеет печать и бланк со своим наименованием (приложение 11 к настоящему Порядку).

18. Обследование осуществляется комиссией на основании заявления о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии (далее-заявление) родителя (законного представителя) обследуемого. Подписью родителя (законного представителя) обследуемого заверяется также согласие на обработку полученных в связи с обследованием персональных данных и факт ознакомления с порядком проведения обследования в комиссии.

19. Для проведения обследования в комиссию одновременно с заявлением предоставляются следующие документы в бумажном или электронном виде:

1) заявление родителей (законных представителей) о проведении обследования в психолого-педагогической комиссии (приложение 3 к настоящему Порядку);

2) согласие родителей (законных представителей) о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии (приложение 12 к настоящему Порядку);

3) согласие на обработку персональных данных (приложение 13 к настоящему Порядку);

4) согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет (приложение 14 к настоящему Порядку);

5) согласие на проведение медицинского обследования родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет или лица, призванного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство (приложение 15 к настоящему Порядку).

6) копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;

7) копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документа, подтверждающего родство заявителя;

8) копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости);

9) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации на обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией (приложение 16 к настоящему Порядку) (при наличии);

10) постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на комиссию (при наличии);

11) представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося) (при наличии);

12) копия заключения (заключений) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии);

13) копия справки, подтверждающий факт установления инвалидности, и ИПРА (при наличии);

14) медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения, выданное медицинской организации по месту жительства (регистрации) обследуемого в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинское заключение действительно для предоставления в комиссию в течение 6 месяцев со дня его оформления (приложение 17 к настоящему Порядку).

20. Прием документов для проведения обследования осуществляется секретарем территориальной ПМПК.

21. Секретарь территориальной ПМПК обеспечивает:

1) прием заявлений родителей (законных представителей) и иных документов для проведения обследования в территориальной ПМПК;

2) запись на проведение обследования;

3) информирование родителей (законных представителей) в 5-дневный срок с момента подачи документов о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования;

4) согласование времени и места проведения заседания с членами территориальной ПМПК;

5) выдачу копии заключения территориальной ПМПК родителям (законным представителям) обследуемого;

6) ведение делопроизводства территориальной ПМПК и хранение документации, предусмотренное приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.11.2024 № 763 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» и настоящим Порядком;

7) взаимодействие с органами государственной власти Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, правоохранительными органами, органами местного самоуправления, образовательными организациями, организациями, осуществляющими социальное обслуживание и медицинскими организациями.

22. Заседания территориальной ПМПК проводятся в помещениях образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, на дому.

Обследование проводится:

1) в помещениях, где размещается комиссия;

2) по месту проживания, лечения обследуемого (если обследуемый не может прибыть к месту проведения обследования) или по месту обучения обследуемого при организации выездного заседания комиссии;

3) дистанционно (посредством видео-конференц-связи) по заявлению родителя (законного представителя) обследуемого.

23. Во время проведения обследования в комиссию родителем (законным представителем) обследуемого предъявляются копии диагностических и (или) контрольных работ, заверенные руководителем образовательной организации, оригиналы рабочих тетрадей по русскому языку и математике, а для детей дошкольного возраста – результаты самостоятельной продуктивной деятельности.

24. При недостаточности сведений о состоянии здоровья обследуемого или в случае необходимости уточнения диагноза комиссия вправе запросить в срок не позднее 5 рабочих дней со дня проведения обследования у родителей (законных представителей) обследуемого дополнительную информацию о состоянии здоровья.

25. При недостаточности сведений об организации образовательного процесса обследуемого и (или) при выявлении несоответствий его знаний требованиям образовательной программы комиссия вправе запросить в срок не позднее

5 рабочих дней со дня проведения обследования у образовательной организации дополнительную информацию (информацию о текущей успеваемости и результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копию личной карты обследуемого, копию приказа об обучении на дому (при наличии), индивидуальный учебный план (при наличии)).

26. В случае организации обследования детей, прибывших с территорий Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Херсонской области, Запорожской области допускается отсутствие части или всех необходимых документов, указанных в Положении Минпросвещения РФ.

27. Комиссия проводит обследование при наличии всех документов.

28. Обследование проводится комиссией в срок не позднее 2 месяцев со дня подачи заявления.

29. Обследование комиссией может быть организовано дистанционно с использованием информационно-коммуникационной сети «Интернет», сервисов для проведения видео-конференц-связи (платформа «Контур.Толк» и др.).

30. Для записи на проведение дистанционного обследования родители (законные представители) предоставляют в комиссию документы, утвержденные Положением Минпросвещения РФ, с учетом соблюдения требований конфиденциальности (ZIP-архивом, защищенным паролем, согласованным с секретарем комиссии) по электронной почте.

31. В течение 5 рабочих дней с момента получения документов комиссией обеспечивается обсуждение с родителями (законными представителями):

1) Психологической готовности обследуемого к процедуре дистанционного обследования, возможных трудностей обследования.

2) Наличие технического оборудования, необходимого для проведения дистанционного обследования (компьютер, ноутбук), соответствующего следующим требованиям: наличие подключения к информационно-коммуникационной сети «Интернет»; наличие установленного сервиса для проведения видеоконференцсвязи (платформа «Контур.Толк» и др.); исправность микрофона и видеокамеры.

3) Наличие по месту нахождения обследуемого необходимого дидактического материала (игрушки, книги, письменные принадлежности и др.).

В случае отсутствия у родителей (законных представителей) необходимых условий, указанных в подпунктах 2-3 пункта 31, возможна организация дистанционного обследования комиссией с использованием ресурсов организаций, осуществляющих образовательную деятельность, по месту проживания и (или) обучения обследуемых.

32. В случае принятия решения о проведении дистанционного обследования, комиссия в течение 5 рабочих дней с момента получения документов информирует родителей (законных представителей) о дате, времени и порядке проведения дистанционного обследования.

33. За 1 день до проведения дистанционного обследования комиссией проводится тестовое подключение каналов связи с родителями (законными представителями).

34. Специалисты комиссии осуществляют дистанционное обследование, находясь в одном помещении с одного рабочего места с использованием технического оборудования.

35. Рабочее место специалистов комиссии, участвующих в проведении дистанционного обследования, организуется исходя из формата обследования: обеспечивается хорошее освещение, отсутствие отвлекающих предметов, попадающих в поле зрения обследуемого, а также посторонних шумов. Заранее готовится стимульный материал, учитывающий возраст и психофизические возможности ребенка, а также формат обследования (четкое и яркое изображение, увеличенный шрифт и др.).

36. Продолжительность дистанционного обследования не превышает нормы использования компьютера (ноутбука), предусмотренные санитарными правилами: для

детей 1-2 классов – 20 минут, 3-4 классов – 25 минут, 5-9 классов – 30 минут, 10-11 классов – 35 минут.

37. При наличии письменного согласия родителя (законного представителя) возможно ведение комиссией видео (аудио) записи процедуры дистанционного обследования.

38. Обсуждение комиссией результатов обследования с родителями (законными представителями) и вынесение заключения комиссии производятся при повторном онлайн-подключении в отсутствие обследуемого.

39. Заключение комиссии при наличии письменного согласия родителя (законного представителя) обследуемого направляется по электронной почте с учетом соблюдения требований конфиденциальности (ZIP-архивом, защищенным паролем, согласованным с родителем (законным представителем) в день проведения обследования.

40. Родитель (законный представитель) обследуемого письменно подтверждает факт ознакомления с рекомендациями комиссии в бланке заключения (в графе «С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена)» и направляет подписанное заключение с учетом соблюдения требований конфиденциальности (ZIP-архивом, защищенным паролем, согласованным с секретарем Комиссии) по электронной почте секретаря Комиссии) в день проведения обследования.

41. В журнале учета детей, прошедших обследование, и учета выданных заключений комиссии в графе «Подпись родителя (законного представителя)» комиссией фиксируется информация о формате обследования, основании для проведения дистанционного обследования, факте ознакомления родителя (законного представителя) с рекомендациями комиссии, полученного по электронной почте.

42. Заключение комиссии с подписью родителя (законного представителя), подтверждающее факт ознакомления с рекомендациями комиссии, хранится в личном деле (карте) обследуемого, прошедшего обследование.

43. По заявлению родителя (законного представителя) обследуемого заключение комиссии направляется посредством почтовой связи с уведомлением о вручении.

44. В зависимости от задач проведения обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого обследование проводится каждым специалистом комиссии индивидуально (последовательно) или несколькими специалистами одновременно.

Конкретный состав специалистов комиссии, участвующий в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем комиссии исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого. При необходимости комиссия проводит дополнительное обследование в другой день, направляет обследуемого для проведения обследования в центральную психолого – медико–педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

45. Обследование обследуемых проводится в присутствии их родителей (законных представителей).

46. В ходе обследования каждым специалистом комиссии ведется протокол.

47. По результатам обследования комиссия на бланке оформляет заключение и рекомендации (далее вместе – заключение комиссии).

48. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения комиссии производятся в отсутствие обследуемого.

49. Заключение комиссии и протокол обследования комиссии оформляются в день проведения обследования.

50. В случае необходимости получения комиссией дополнительной информации срок оформления протокола и заключения комиссии продлевается, но не более чем на 15 рабочих дней со дня получения запрашиваемой информации.



51. В случае неполучения комиссией дополнительной информации, в течение 60 календарных дней со дня направления запроса комиссия вправе отказать в выдаче заключения.

52. Заключение комиссии оформляется в двух экземплярах. Один экземпляр заключения комиссии (оригинал) выдается родителю (законному представителю) обследуемого под личную подпись в журнале учета выданных заключений. По заявлению родителя (законному представителю) обследуемого заключение направляется по почте с уведомлением о вручении.

Второй экземпляр заключения комиссии (оригинал) хранится в личном деле (карте) обследуемого.

53. Комиссией формируется личное дело (карта) обследуемого, включающее документы, протокол обследования комиссии и оригинал заключения комиссии.

54. Заключение комиссии носит для родителей (законных представителей) обследуемого рекомендательный характер.

55. Представленное родителем (законным представителем) заключение комиссии является основанием для создания образовательными организациями, Управлением образования, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для:

- 1) создания специальных условий для получения образования;
- 2) создания условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего, среднего общего образования;
- 3) создания условий проведения индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении.

56. Заключение комиссии действительно для предоставления в органы, образовательные организации, в течение 1 календарного года со дня его подписания.

57. Родители (законные представители) обследуемых имеют право:

- 1) присутствовать при обследовании, обсуждении результатов обследования и вынесении комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно выданных рекомендаций;
- 2) получать консультации специалистов комиссии по вопросам порядка проведения обследования в комиссии и его результатов;
- 3) в случае несогласия с заключением территориальной комиссии обжаловать его в центральную комиссию.

58. Информация о проведении обследования в комиссии, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием в комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия обследуемых и (или) их родителей (законных представителей) третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.





**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**родителей (законных представителей)**  
**о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии**

Руководителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование ПМПК,  
фамилия, инициалы руководителя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью)

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты  
(при наличии): \_\_\_\_\_

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование  
в очной форме/дистанционной форме (*нужное подчеркнуть*) моего ребенка,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обследуемого полностью (при наличии), дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_  
(регистрация по месту жительства (фактического проживания) обследуемого)

и представить мне заключение (рекомендации) о (*нужное выбрать*):

- созданию специальных условий для получения образования;
- созданию условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;
- созданию условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

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

1. Фамилия, имя, отчество  
(при наличии) обследуемого:

\_\_\_\_\_

2. Пол обследуемого:

\_\_\_\_\_

3. Дата рождения обследуемого  
(с указанием возраста на день обследования):

\_\_\_\_\_

4. Место проведения обследования (*нужное подчеркнуть*): в помещениях, где размещается психолого-медико-педагогическая комиссия; по месту проживания и (или) лечения обследуемого; по месту обучения обследуемого; дистанционно (посредством видео-конференц-связи).

5. Обследование (*нужное подчеркнуть*): первичное, повторное.

6. Наличие инвалидности (*нужное подчеркнуть*): да, нет.

7. Инициатор обращения в психолого-медико-педагогическую комиссию (*нужное подчеркнуть*): родители (законные представители); организация, осуществляющая образовательную деятельность; организация здравоохранения; органы (организации) опеки; органы (организации) социальной защиты; комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав; суд; иная организация (указать, какая).

1. Адрес регистрации обследуемого:

\_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя):

\_\_\_\_\_

3. Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей (*нужное подчеркнуть*): усыновление (удочерение), опека, попечительство, приемная семья, патронатная семья, пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

4. Перечень документов, предоставленных на психолого-медико-педагогическую комиссию (*выбрать нужное*):

заявление на проведение обследования;

согласие на обработку персональных данных;

- копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;
- копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) - или документа, подтверждающего родство обследуемого и заявителя;
- копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства;
- направление *(нужное подчеркнуть)*: организации, осуществляющей образовательную деятельность; организации, осуществляющей социальное обслуживание; медицинской организации; других организаций *(указать)*: \_\_\_\_\_;
- постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав - о направлении на психолого-медико-педагогическую комиссию;
- копия заключения (заключений) психолого-медико-педагогической комиссии о результатах ранее проведенного обследования;
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности;
- копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;
- представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося);
- медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения;
- иные документы или их копии *(указать)*:

12. Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый (указать наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, уровень образования, группу или класс обучения, форму получения образования):

13. Образовательная программа:

14. Результаты обследования ребенка специалистами и заключения специалистов психолого-медико-педагогической комиссии.

14.1. Педагог-психолог.

Результаты обследования ребенка:

Заключение:

14.2. Учитель-логопед:

Результаты обследования ребенка:

Заключение:

14.3. Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):

Результаты обследования ребенка:

Заключение:

14.4. Социальный педагог:

Результаты обследования ребенка:

Заключение:

14.5 Врач-педиатр (врач-терапевт):  
Результаты обследования ребенка:  
Заключение:

14.9. Врач-психиатр:  
Результаты обследования ребенка:  
Заключение:

14.10. Другие специалисты (указать):

14.11. Заключение врачей в соответствии с представленным медицинским заключением:

15. Коллегиальное заключение (выводы) психолого-медико-педагогической комиссии  
*(о необходимости обследования в создании специальных условий для получения образования (с указанием рекомендуемой образовательной программы); о необходимости обследования в создании условий и (или) специальных условий сдачи государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования (с указанием категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; о необходимости обследования в организации индивидуальной профилактической работы)*

16. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации о состоянии здоровья обследуемого:

17. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации об организации образовательного процесса обследуемого:

18. Особое мнение специалистов психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии):

Руководитель комиссии  
(заместитель руководителя комиссии)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-логопед

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Социальный педагог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-психиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-педиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Другие специалисты

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ**

**о создании специальных условий для получения образования\***

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:

Дата рождения:

Заключение: нуждается (не нуждается) в создании специальных условий для получения образования.

Образовательная программа: *указывается наименование рекомендованной образовательной программы*

Вариант образовательной программы: *указывается вариант рекомендованной образовательной программы*

Уровень образования: *указывается уровень образования в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»*

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: *указывается «да» или «нет»*

Предоставление услуг ассистента (помощника): *указывается «да» или «нет»*

Специальные методы обучения: *указывается «в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы: *указывается*

*«в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные технические средства обучения: *указывается «в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Обеспечение доступа в здания и помещения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление тьюторского сопровождения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):

Социальный педагог:

Другие условия:

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Особые рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии:

Срок проведения обследования с целью подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций:

Руководитель комиссии



(заместитель руководителя комиссии)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-логопед

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Социальный педагог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-психиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-педиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Иные специалисты

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения психолого-медико-педагогической комиссии:

\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\*Бланк применяется в случаях, не предусмотренных «АИС ПМПК»

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
о направлении на дообследование**

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Уровень образования: \_\_\_\_\_

Класс/группа: \_\_\_\_\_

Обследование на ПМПК проводится первично/повторно: \_\_\_\_\_

**Рекомендации ПМПК:**

Рекомендовано повторное прохождение ПМПК после дообследования

\_\_\_\_\_ (специальность врача)

с целью \_\_\_\_\_

**Члены ПМПК:**

Руководитель комиссии (заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен(а). Оригинал заключения получен.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении государственной итоговой  
аттестации, процедур допуска к государственной итоговой аттестации  
по образовательным программам основного общего/среднего  
общего образования**

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество обследуемого:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Обучающийся:** \_\_\_\_\_ класса

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

**Обследование на ПМПК проводится первично/повторно:** \_\_\_\_\_

**Обучающийся (несовершеннолетний/совершеннолетний) является/не является  
лицом с ограниченными возможностями здоровья:** \_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть) для создания условий при проведении  
итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), ГИА по  
образовательным программам основного общего образования, ГИА по образовательным  
программам среднего общего образования**

**Справка МСЭ (при наличии) № \_\_\_\_\_ на срок до \_\_\_\_\_**

**Заключение ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при  
наличии) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

**Медицинское заключение (при наличии) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

**Основания для выбора формы ГИА (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_**

**Основания для организации пункта проведения экзаменов (ППЭ), места  
проведения итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения  
(изложения), на дому (имеются/не имеются)**

*(указать: категорию участников экзаменов: участники с ОВЗ, участники – дети-инвалиды, инвалиды, лица, обучающиеся по состоянию здоровья на дому, в образовательных организациях, в том числе санаторно-курортных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, наличие медицинского заключения, место расположения ППЭ для организации ГИА: на дому, медицинские, образовательные организации, в том числе санаторно-курортные, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, в соответствии с пунктами 49 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 58 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552).*

**Основания для создания условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_ .**

**Условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска  
к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))**

*(указать конкретные условия для лиц с ОВЗ без инвалидности с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в соответствии с пунктами 50 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 59 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения*

Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):

**Основания для создания специальных условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_**

**Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** (указать конкретные специальные условия с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в зависимости от состояния здоровья, особенностей психофизического развития в соответствии с пунктами 51 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 60 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):

---

Члены ПМПК:

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии)

Врач-психиатр

Педагог-психолог

Учитель-дефектолог

Учитель-логопед

Социальный педагог

Другие специалисты

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: \_\_\_\_\_

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ  
о создании условий проведения индивидуальной профилактической работы  
с обучающимся**

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

обследуемого: \_\_\_\_\_

Дата

рождения: \_\_\_\_\_

**РЕКОМЕНДОВАНО:**

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Социальный педагог:

Другие условия:

Руководитель комиссии

(заместитель руководителя комиссии)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-логопед

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Социальный педагог

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-психиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Врач-педиатр

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Иные специалисты

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения психолого-медико-педагогической комиссии:

\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**Личное дело (карта) обследуемого, прошедшего обследование  
в территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Советского района**

Ф.И.О. ребенка:

Дата рождения:

Образовательная организация, группа/класс

---

Домашний адрес:

---

№ протокола, дата обследования:

---

---

---

---

Начата:

Окончена:

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность  
(специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося)

Фамилия, имя, отчество (при наличии)  
обучающегося:

---

Дата рождения обучающегося:

---

1. Общие сведения.

1.1. Группа или класс обучения на день  
подготовки представления:

---

1.2. Дата зачисления в организацию,  
осуществляющую образовательную  
деятельность:

---

1.3. Наименование и вариант (при  
наличии) образовательной программы, по  
которой организовано образование  
обучающегося:

---

1.4. Форма получения образования (выбрать нужное):

в организации, осуществляющей образовательную деятельность (в группе комбинированной направленности, в группе компенсирующей направленности, в группе общеразвивающей направленности, в группе оздоровительной направленности, в общеобразовательном классе, в инклюзивном классе, в отдельном (коррекционном) классе для обучающихся с (указать категорию обучающихся с ограниченными возможностями здоровья), на дому, в медицинской организации, в иной группе или классе (указать, какой) (выбрать нужное);

вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования, в форме самообразования (выбрать нужное).

1.5. Использование при реализации образовательной программы электронного обучения, дистанционных образовательных технологий (выбрать нужное):

да;

нет.

1.6. Использование сетевой формы реализации образовательной программы (выбрать нужное):

да;

нет.



1.7. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (указать причину), перевод в другой класс, замена учителя начальных классов (однократная, повторная (выбрать нужное), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией; обучение на основе индивидуального учебного плана; обучение на дому; повторное обучение в классе; наличие частых и (или) хронических заболеваний; частые пропуски учебных занятий; иное (указать (выбрать нужное)).

1.8. Состав семьи (указать, с кем проживает обучающийся, родственные связи, наличие братьев и (или) сестер).

1.9. Трудности, переживаемые в семье: материальные; в связи с бракоразводным процессом; в связи с переездом в другой город или страну; плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи; низкий уровень образования одного или нескольких членов семьи; проживание с одним или несколькими членами семьи с антисоциальным поведением и (или) психическими расстройствами (выбрать нужное);

2. Сведения об условиях и результатах обучения:

2.1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент поступления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность (указать в соотношении с возрастными нормами развития).

2.2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент подготовки представления (указать в соотношении с возрастными нормами развития).

2.3. Характеристика динамики познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося за \_\_\_\_\_ (указать период).

2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_ (указать период) *(для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с нарушением интеллекта))*.

2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (указать соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям федеральной основной образовательной программы, в том числе адаптированной, или, для обучающегося по программе дошкольного образования - достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного общего образования, среднего общего образования, профессионального образования - достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях).

2.6. Индивидуальные особенности обучающегося, влияющие на результат обучения (указываются особенности: мотивации к обучению; коммуникации с педагогами и одноклассниками; ситуации, в которых возникает эмоциональная напряженность; уровень истощаемости и иные особенности обучающегося).

2.7. Отношение семьи к трудностям обучающегося.

2.8. Организация коррекционно-развивающей и психолого-педагогической помощи для обучающегося (указывается: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов).

2.9. Характеристики взросления (указывается: характер занятости во внеучебное время; отношение к учебе; отношение к педагогическому воздействию; характер и значимость общения со сверстниками; значимость виртуального общения; способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих; самооценка; особенности психосексуального развития (при наличии); религиозные убеждения (при наличии, с указанием характера проявления (навязывает другим, или не актуализирует) жизненные планы и профессиональные намерения).

2.10. Характеристика поведенческих девиаций *(для подростков и*

*несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении*) (указывается: совершенные в прошлом или текущие правонарушения; наличие самовольных уходов из дома и (или) бродяжничества; проявления агрессии (физической и (или) вербальной); склонность к насилию; отношение к курению, алкоголю, наркотика и иным психоактивным веществам); сквернословие; отношение к компьютерным играм; повышенная внушаемость; дезадаптивные черты личности).

2.11. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы.

2.12. Дополнительная информация (указывается: хобби, увлечения, интересы; принадлежность к молодежной субкультуре (субкультурам)).

2.13. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута обучающегося, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и (или) условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Приложение: (сведения о текущей успеваемости, о результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копия приказа об организации обучения на дому и (или) в медицинской организации).

Дата составления представления.

Руководитель организации,  
осуществляющей образовательную  
деятельность:

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Председатель психолого-педагогического  
консилиума (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Члены психолого-педагогического  
консилиума или специалист (специалисты),  
осуществляющие психолого-педагогическое  
сопровождение обучающегося

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

МП организации,  
осуществляющей образовательную деятельность

**БЛАНК ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

**АДМИНИСТРАЦИЯ СОВЕТСКОГО РАЙОНА  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
СОВЕТСКОГО РАЙОНА**

ул. 50 лет Пионерии, 11 в, г. Советский, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра  
(Тюменская область), 628240, телефоны: (34675) 5-54-03 – председатель,  
5-54-05 – заместитель председателя, 5-54-12 – секретарь, e-mail: uo-sov@sovnhmao.ru

---

СОГЛАСИЕ  
родителей (законных представителей)  
о проведении обследования в территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Советского района

Руководителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование ПМПК,  
фамилия, инициалы руководителя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью)

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты  
(при наличии): \_\_\_\_\_

Согласен на проведение комплексного психолого-медико-педагогического  
обследования в очной форме/дистанционной форме (нужное подчеркнуть) моего ребенка,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обследуемого полностью (при наличии), дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_  
(регистрация по месту жительства (фактического проживания) обследуемого)

и представить мне заключение (рекомендации) о (нужное выбрать):

- созданию специальных условий для получения образования;
- созданию условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;
- созданию условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обследуемого)

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан \_\_\_\_\_  
(орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих:  
фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа,  
удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, а также персональных  
данных моего ребенка

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания,  
данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии  
здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности,

\_\_\_\_\_ (полное наименование психолого-медико-педагогической комиссии)  
с местом нахождения по адресу:

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес психолого-медико-педагогической комиссии)  
и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на  
указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами  
ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования  
рекомендаций по организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или  
изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

**Подтверждаю** согласие на следующие действия с персональными данными:  
сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),  
извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение  
персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления  
в адрес ПМПК с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в  
письменной форме.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи

Приложение 14  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии

Руководителю

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(наименование ПМПК,  
фамилия, инициалы руководителя)*

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Регистрация по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет

Я, \_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. полностью, дата рождения)*

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

\_\_\_\_\_

*(кем выдан, дата выдачи)*

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

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*подпись родителя      расшифровка подписи*

СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского обследования родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)  
Паспорт № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

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

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

Приложение 16  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии

Руководителю

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(наименование ПМПК, фамилия, инициалы руководителя)*

НАПРАВЛЕНИЕ

образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание,  
медицинской организации, другой организации  
на обследование территориальной психолого-медико-педагогической комиссией

\_\_\_\_\_  
*наименование ПМПК*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность,  
социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации*

\_\_\_\_\_  
*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. обследуемого, дата рождения)*

на обследование специалистами центральной/территориальной психолого-медико-  
педагогической комиссии \_\_\_\_\_  
с целью (в связи с) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Приложение:

*Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ПМПК.*

Руководитель \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
*(подпись) / (расшифровка подписи)*

М.П.



**Медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья  
обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения**

**Наименование медицинской организации** \_\_\_\_\_  
**Ф.И.О. ребенка, дата рождения** \_\_\_\_\_  
**Адрес фактического проживания:** \_\_\_\_\_  
**Основной диагноз:** \_\_\_\_\_

**Анамнез жизни:**

Ребенок от \_\_\_\_\_ беременности, протекавшей на фоне \_\_\_\_\_  
Роды (по счету) \_\_\_\_\_ Срок \_\_\_\_\_ Родовая травма (да/нет); Асфиксия  
(да/нет).  
Особенности течения родов: срочные, преждевременные, стремительные, Кесарево  
сечение, стимуляция в родах (нужное подчеркнуть);  
Вес при рождении \_\_\_\_\_ Рост при рождении \_\_\_\_\_ Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_  
Диагноз при выписке \_\_\_\_\_  
Наследственная отягощенность \_\_\_\_\_

Психомоторное развитие до 3-х лет: по возрасту/с задержкой/с опережением  
Раннее психомоторное развитие (сроки появления показателей):  
Голову  
держит \_\_\_\_\_ Сидит \_\_\_\_\_ Стоит \_\_\_\_\_ Ходит \_\_\_\_\_  
Речевое развитие ребенка: по возрасту/ с задержкой/с опережением  
Гуление \_\_\_\_\_ Лепет \_\_\_\_\_ Первые слова \_\_\_\_\_ Простая фраза \_\_\_\_\_ Развёрнутая  
фраза \_\_\_\_\_  
Навыки самообслуживания: сформированы/в стадии формирования/не  
сформированы/грубо нарушены \_\_\_\_\_

**Анамнез заболевания:**

«Д» учет \_\_\_\_\_  
Наличие инвалидности \_\_\_\_\_ диагноз \_\_\_\_\_ дата установления \_\_\_\_\_

**Перенесенные заболевания:**

до 3-х лет (тяжелые соматические, инфекции, травмы, судороги при высокой температуре,  
оперативные вмешательства)

\_\_\_\_\_

после 3-х лет (перенесенные заболевания/травмы/случаи пребывания в больнице/часто  
болеющий, особенности  
развития) \_\_\_\_\_

**Результаты медицинского обследования, выводы, рекомендации по образовательной  
программе:**

Врач – педиатр \_\_\_\_\_  
Врач – офтальмолог \_\_\_\_\_

Врач – ортопед \_\_\_\_\_

Врач – отоларинголог \_\_\_\_\_

Врач – невролог \_\_\_\_\_

Врач – психиатр \_\_\_\_\_

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_ **Врач-педиатр** \_\_\_\_\_

**Заведующий отделением** \_\_\_\_\_

**Рекомендации врача-педиатра, включенного в состав ПМПК** \_\_\_\_\_