УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ

МО «СУДОГОДСКИЙ РАЙОН»

ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

11.01.2017 г. № 9

***О внесении изменений в приказ***

***управления образования администрации***

***МО «Судогодский район» от 08.02.2016 г. №104***

В целях реализации приказа департамента образования администрации Владимирской области от 01.11.2016 г. № 940 «О внесении изменений в приказ департамента образования от 11.11.2013 г. №1416 «Об утверждении положения о центральной психолого-медико-педагогической комиссии», и в целях совершенствования деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии МО «Судогодский район» п р и к а з ы в а ю:

1. Внести в приказ управления образования администрации МО «Судогодский район» от 08.02.2016 г. №104 «Об утверждении положения о территориальной психолого-медико-педагогической комиссии» изменения, изложив приложения №№ 2-6 в редакции согласно приложениям №№ 1- 5 к настоящему приказу.
2. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Заместитель Главы администрации

МО «Судогодский район»

по социальным вопросам,

начальник управления образования Н.В.Медведева

Приложение №1к приказу № 9 от 11.01.2017 г.

(Приложение №2 к Положению о территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЖУРНАЛ**

**записи детей на обследование**

**территориальной психолого-медико-педагогической комиссией** (ТПМПК)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***№ п/п*** | ***Дата заявления родителя (законного представи-теля) ребенка*** | ***Дата предполага-емого приема ребенка на ТПМПК*** | ***ФИО ребенка,***  ***дата рождения*** | ***ФИО***  ***родителя***  *(****законного***  ***представителя), контактная информация***  ***(тел., e-mail)*** | ***Место***  ***жительства*** | ***Образовательная организация, в которой обучается ребенок*** | ***Установлен-ный диагноз*** *(при наличии),*  ***сведения об***  ***инвалидности***  *(при наличии)* | ***Кем направлен на ТПМПК, отметка о наличии направления***  *(при наличии)* | ***Запрос родителя (законного представителя) ребенка*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** | ***10*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Журнал записи прошнуровывается, пронумеровывается, скрепляется печатью ТПМПК и подписью руководителя ТПМПК.

Приложение №2 к приказу № 9 от 11.01.2017 г.

(Приложение №3 к Положению о территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии )

**ЖУРНАЛ**

**учета детей, прошедших обследование**

**в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии** (ТПМПК)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Дата проведения**  **обследования, № протокола** | **ФИО ребенка,**  **дата рождения** | **ФИО**  **родителя**  (**законного**  **представителя), контактная информация**  **(тел., e-mail)** | **Место**  **жительства,**  **образовательная организация, в которой обучается ребенок** | **Установленный диагноз** (при наличии),  **сведения об**  **инвалидности**  (при наличии) | **Кем направлен на ТПМПК,**  **отметка о наличии направления**  (при наличии) | **Заключение ТПМПК, особое мнение специалистов** (при наличии) | **Рекомендации ТПМПК** | **Подпись родителя (законного представителя) ребенка** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Каждое заседание отражается в Журнале учета и заверяется подписями руководителя и секретаря ТПМПК.

Журнал учета прошнуровывается, пронумеровывается, скрепляется печатью ТПМПК и подписью руководителя ТПМПК.

Приложение № 3 к приказу № 9 от 11.01.2017 г.

(Приложение № 4 к Положению о территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии)

**Карта ребенка, прошедшего обследование**

**на территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.**

Состав Карты ребенка, прошедшего обследование в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – Карта ребенка):

* заявление и согласие на проведении обследования ребенка в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК) (обязательный документ; оригинал);
* согласие на обработку персональных данных ребенка и родителей (обязательный документ; оригинал);
* направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия);
* направление территориальной комиссии на центральную комиссию (при наличии; оригинал - в центральной ПМПК; копия - в территориальной ТПМПК);
* заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) или заключение независимого эксперта (при наличии; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия);
* заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия);
* подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации) (обязательный документ; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия); заключения врачей - специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия);
* психолого-педагогическая характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии; оригинал или заверенная печатью ТПМПК копия);
* запрос у соответствующих органов и организаций дополнительной информации о ребенке (при наличии; копия);
* протоколы обследования ребенка специалистами (обязательный документ; оригинал);
* заключение ТПМПК (обязательный документ; оригинал).

Карта может быть дополнена другими документами и материалами, имеющими непосредственное отношение к обследованию ребенка.

Приложение № 4 к приказу № 9 от 11.01.2017 г.

(Приложение № 5 к Положению о территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии )

**П Р О Т О К О Л №**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

**от «**  **»**  **201**   **г.**

**Дата проведения ПМПК «**   **»**   **201**   **г.**

**1. Фамилия, имя, отчество**

**2. Дата рождения**

**3. Адрес регистрации, телефон**

**4. Кем направлен на комиссию** (самостоятельное решение родителя (законного представителя); направление образовательной организации; организации, осуществляющей социальное обслуживание; направление медицинской организации; направление другой организации (указать)):

**5.** **Инвалидность** **(№ документа, кем выдан, срок действия)**

**6. Перечень документов, представленных на ПМПК:**

|  |
| --- |
|  |

заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;

|  |
| --- |
|  |

копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

|  |
| --- |
|  |

документ, удостоверяющий личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;

|  |
| --- |
|  |

направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

|  |
| --- |
|  |

заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума

образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего

психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной

организации (для обучающихся образовательных организаций);

|  |
| --- |
|  |

заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка;

|  |
| --- |
|  |

выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

|  |
| --- |
|  |

заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка;

|  |
| --- |
|  |

характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;

|  |
| --- |
|  |

письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**7. Краткие анамнестические сведения:**

**8. Основной и сопутствующие медицинские (клинические) диагнозы:**

**9. Данные обследования учителя-дефектолога** (обученность и обучаемость)

**Выводы** (рекомендуемый вариант ООП/АОО)

**10. Данные логопедического обследования** (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации)

**Логопедическое заключение**

**Выводы** (потребность в логопедической коррекции)

**11. Данные психологического обследования** (степеньсоответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, стойкость нарушений познавательной деятельности, индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации, специфические и неспецифические дисфункции, наличие и вероятностные причины отклонений в поведении):

**Выводы** (потребность в создании специальных условий и возможность ребенка адаптироваться к требованиям определенного варианта АООП, потребность в психокоррекционных занятиях)

**12. Данные обследования социального педагога** (условия жизни и воспитания ребенка, степень его социопсихологической адаптированности)

Выводы (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии)

**Основные особенности развития ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий обучения и воспитания**

**Особое мнение** (в случае, если члены комиссии не пришли к консенсусу или имеется заключение эксперта, не совпадающее с мнением членов ПМПК)

**Руководитель комиссии**

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

Заместитель руководителя комиссии

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

**Специалисты комиссии**

Учитель-дефектолог

(наименование организации, ФИО) (подпись)

Учитель-логопед

Педагог-психолог

Социальный педагог

Врач

Специалист

**Секретарь комиссии**

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

М.П.

Приложение №5 к приказу № 9 от 11.01.2017 г.

(Приложение № 6 к Положению о территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии )

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

**№**  **от «**  **»**  **20**   **г.**

**Протокол №**  **от «**  **»**  **20**   **г.**

**ФИО ребенка**

**Дата рождения**

**Место жительства**

**Основные особенности ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий образования** (ребенок-инвалид; является /не является ребенком с ограниченными возможностями здоровья)

**Нуждается /не нуждается** в создании специальных образовательных условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации.

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

1. Образовательная программа

2. Направления коррекционно-развивающей работы и психолого-педагогической помощи:

учитель-дефектолог

учитель-логопед

педагог-психолог

социальный педагог

3. Другие специальные условия\*

**Руководитель комиссии**

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

Заместитель руководителя комиссии

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

**Специалисты комиссии**

Учитель-дефектолог

(наименование организации, ФИО) (подпись)

Учитель-логопед

Педагог-психолог

Социальный педагог

Врач

Специалист

**Секретарь комиссии**

(должность, наименование организации, ФИО) (подпись)

М.П.

**Дата выдачи заключения ПМПК** « » 20 г.

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлена (ен).

Копия Заключения получена.

(подпись и расшифровка подписи родителя (законного представителя) ребенка)

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

**\*** **описываются иные, необходимые для успешной социальной и образовательной адаптации ребенка условия:** форма обучения(в соответствии с рекомендациями врача); режим обучения; обеспечение архитектурной доступности; специальные технические средства обучения; предоставление услуг ассистента (помощника**),** тьютора; специальные учебники; особые условия проведения государственной итоговой аттестации; срок повторного прохождения ПМПК; условия питания, медицинского сопровождения, включение дополнительного образования, социальная помощь семье и другое.