



Министерство образования Новгородской области

Государственное областное бюджетное учреждение «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»
(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

П Р И К А З

от 12 января 2018 года

№ 5

г. Старая Русса

О внесении изменений в Положение о территориальной психолого-медико-педагогической комиссии государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

В целях приведения локальных актов, регламентирующих деятельность территориальных психолого-медико-педагогических комиссий государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в Положение о территориальной психолого-медико-педагогической комиссии государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (далее ТППМК ГОБУ «Старорусский ЦППМС»), утвержденное приказом директора ГОБУ «Старорусский ЦППМС» от 11 января 2016 года № 5 «Об организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии»:

1.1. Заменить:

1.1.1. В пункте 2.2. слова «департамент образования и молодежной политики Новгородской области» на слова «министерство образования Новгородской области»;

1.1.2. В пункте 3.3. слова «департамента образования и молодежной политики Новгородской области» на слова «министерства образования Новгородской области».

2. Утвердить прилагаемые:

2.1. Образец оттиска печати территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Старорусского муниципального района государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (Приложение № 1);

2.2. Образец оттиска печати территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Парфинского, Волотовского, Поддорского,

бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (Приложение № 2);

2.3. Форму договора об обследовании на территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (Приложение № 3);

2.4. Форму протокола обследования ребенка (Приложение № 4);

2.5. Форму бланка заключения (Приложение № 5);

2.6. Форму бланка особого мнения специалиста (Приложение № 6);

2.7. Форму индивидуальной карты ребенка, обследованного на ПМПК (Приложение № 7);

2.8. Форму бланка направления (Приложение № 8).

3. Руководителю ТПМПК ГОБУ «Старорусский ЦППМС» обеспечить функционирование ТПМПК ГОБУ «Старорусский ЦППМС» в соответствии с настоящим приказом.

4. Разместить настоящий приказ на официальном сайте учреждения в течение десяти рабочих дней со дня издания настоящего приказа.

5. Приказ довести до сведения всех заинтересованных лиц.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

**Директор
ГОБУ «Старорусский ЦППМС»:**



Л.Е. Дмитриева

Приложение № 1

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 12.01.2018г.

№ 5

ОБРАЗЕЦ ОТТИСКА ПЕЧАТИ

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии
Старорусского муниципального района
государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Оттиск печати территориальной психолого- медико-педагогической комиссии Старорусского муниципального района государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»	Должность лица, ответственного за использование печати	В каких случаях проставляется оттиск печати
	Дмитриева Людмила Евгеньевна, директор ГОБУ «Старорусский ЦППМС»	Для заверения подлинности подписи должностных лиц ЦППМС Старорусского муниципального района и на заверяемых комиссией копиях документов ЦППМС Старорусского муниципального района

Приложение № 2

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

от 12.01.2018г.

№ 5

ОБРАЗЕЦ ОТТИСКА ПЕЧАТИ

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Парфинского, Волотовского, Поддорского, Холмского муниципальных районов государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Оттиск печати территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Парфинского, Волотовского, Поддорского, Холмского муниципальных районов государственного областного бюджетного учреждения «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»	Должность лица, ответственного за использование печати	В каких случаях проставляется оттиск печати
	Дмитриева Людмила Евгеньевна, директор ГОБУ «Старорусский ЦППМС»	Для заверения подлинности подписи должностных лиц ТПМПК Парфинского, Волотовского, Поддорского, Холмского муниципальных районов и на заверяемых комиссией копиях документов ТПМПК Парфинского, Волотовского, Поддорского, Холмского муниципальных районов

Приложение № 3

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 12.01.2018г.

№ 5

ФОРМА ДОГОВОРА ОБ ОБСЛЕДОВАНИИ НА ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

(наименование территориальной психолого-медико-педагогической комиссии)

«_____» _____ 201__ г.

Родитель (законный представитель) _____
(Ф.И.О.)

ребенка _____,
(Ф.И.О., дата рождения.)

обучающегося _____,

(наименование образовательной организации)

именуемый в дальнейшем «Сторона 1», и государственное областное бюджетное учреждение «Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», именуемый в дальнейшем «Сторона 2», в лице директора _____,

(Ф.И.О. директора)

действующего на основании Устава, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Проведение обследования ребенка в рамках деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии _____

(далее ПМПК)

(наименование территориальной ПМПК)

с целью выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и предоставления по результатам обследования рекомендаций по оказанию ребенку психолого-медико-педагогической помощи и организации его обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Сторона 2» обязуется:

2.1.1. Проинформировать «Сторону 1» в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования о дате, времени, месте и порядке проведения обследования на ПМПК, а также об ее правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования.

2.1.2. Обеспечить проведение комплексного психолого-педагогического обследования ребенка «Стороны 1» по письменному заявлению и в присутствии родителей (законных представителей).

2.1.3. Ознакомить с результатами психолого-педагогического обследования ребенка, коллегиальным заключением, рекомендациями и особыми мнениями специалистов «Сторону 1».

2.1.4. Проинформировать родителей (законных представителей) о прогнозе развития ребенка в зависимости от выполнения или невыполнения рекомендаций ПМПК.

2.1.5. По итогам обследования ребенка на ПМПК выдать копию коллегиального заключения и особых мнений специалистов (при их наличии) непосредственно на руки родителям (законным представителям) под роспись или направить по почте с уведомлением о вручении.

2.1.6. Обеспечить сохранность результатов психолого-педагогического обследования ребенка на протяжении десяти лет после достижения ребенком возраста 18 лет.

2.1.7. Обеспечить конфиденциальность результатов обследования.

2.2. «Сторона 1» обязуется предъявить в ПМПК документ, удостоверяющий ее личность; документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка; следующие документы согласно Приказа Департамента образования и молодежной политики Новгородской области от 02.12.2014г. №1124 «Об утверждении порядка работы психолого-медико-педагогических комиссий на территории Новгородской области»:

- заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в ПМПК;
- копию свидетельства о рождении или паспорта ребенка (предоставляется с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организацией, другой организацией (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) (при наличии);
- заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) и заверенную руководителем образовательной организации);
- письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

3. ПРАВА СТОРОН

3.1. «Сторона 1» имеет право:

3.1.1. Получать консультации специалистов ПМПК по вопросам обследования детей в ПМПК и оказания им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей;

3.1.2. Получить информацию (коллегиальное заключение) о результатах психолого-педагогического обследования ребенка у «Стороны 2».

3.1.3. Защищать законные права и интересы ребенка.

3.1.4. Присутствовать при обследовании ребенка, обсуждении результатов обследования и вынесении комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания ребенка;

3.1.5. Использовать результаты психолого-педагогического обследования на ПМПК по своему усмотрению, т.к. заключение ПМПК носит рекомендательный характер.

3.1.6. Обратиться в центральную ПМПК в случае несогласия с коллегиальным заключением территориальной ПМПК.

3.1.7. Обжаловать действия «Стороны 2» в министерство образования Новгородской области, в судебном порядке, в случае нарушения прав ребенка, установленных законодательством Российской Федерации.

3.2. «Сторона 2» имеет право:

3.2.1. Обследовать ребенка на ПМПК в сложных диагностических случаях в течение нескольких встреч с одним или несколькими специалистами.

3.2.2. При необходимости запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке, в том числе медицинское заключение врача-психиатра с рекомендациями по дальнейшему образовательному маршруту ребенка.

3.2.3. Направить ребенка в центральную ПМПК в диагностически сложных, конфликтных случаях.

3.2.4. Отказать в комплексном психолого-педагогическом обследовании ребенка в случаях:

- отсутствия необходимых заключений врачей или других вышеперечисленных сведений;
- неправильном оформлении медицинских заключений, в т.ч. при отсутствии печатей лечебно-профилактических учреждений;
- отсутствия на обследовании родителя (законного представителя);
- болезни ребенка.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. «Сторона 1» несет ответственность за судьбу ребенка, в случаях использования или неиспользования рекомендаций ПМПК.

4.2. «Сторона 2» несет ответственность за соблюдение конституционных прав граждан на сохранение личной тайны и конфиденциальность индивидуальных психодиагностических данных.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Медицинское обследование ребенка, достигшего возраста 15 лет, проводится с его согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

5.2. Присутствие третьих лиц на заседании ПМПК без письменного согласия «Стороны 1» не допускается. В случае согласия «Стороны 1» на присутствие третьих лиц, гарантия конфиденциальности сведений о ребенке подтверждается подписью третьего лица.

6. ДАТА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА _____.

6.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: по одному для каждой стороны.

7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

Сторона 1

Адрес _____

Паспорт _____ № _____

Выдан _____

Дата (выдачи) _____

Подпись _____ / _____ /

Сторона 2

Государственное областное
бюджетное учреждение
«Старорусский центр
психолого-педагогической,
медицинской и социальной
помощи», 175204,
Новгородская обл., г. Старая
Русса, ул. Тимура Фрунзе, д.
14/15, лит. Б
тел. 8(81652)3-76-89, 3-35-45
Директор
Подпись _____ / _____ /

Приложение № 4

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 12.01.2018г.

№ 5

ФОРМА ПРОТОКОЛА ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА



Министерство образования Новгородской области

**Государственное областное бюджетное учреждение
«Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи»**

(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

(наименование территориальной ПМПК)

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

Дата обследования _____ Регистрационный номер _____

1. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

2. Дата рождения _____ Возраст _____

3. Наличие инвалидности (№ документа, подтверждающего инвалидность) _____

4. Адрес места регистрации _____

5. Адрес места проживания _____

6. Контактный телефон _____

7. Перечень документов, представленных для проведения обследования (копия свидетельства о рождении, характеристика на ребенка, выписка из истории развития ребенка) _____

8. Образовательная организация (ОО, класс, программа обучения, дублирование классов) _____

9. До поступления в школу посещал: дошкольную образовательную организацию, программа обучения _____

10. Кем направлен на обследование _____

11. Причина обращения _____

12. Предыдущее заключение ПМПК: № _____ от _____

Рекомендовано _____

Сведения о выполнении рекомендаций ПМПК _____

13. Обследование проведено специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии _____:

(наименование территориальной ПМПК)

Руководитель _____

(Ф.И.О.)

Педагог-психолог _____

(Ф.И.О.)

Учитель-логопед _____

(Ф.И.О.)

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог) _____

(Ф.И.О.)

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) _____

(Ф.И.О.)

Учитель-дефектолог (тифлопедагог) _____

(Ф.И.О.)

Социальный педагог _____

(Ф.И.О.)

Врач-офтальмолог _____

(Ф.И.О.)

Врач-оториноларинголог _____

(Ф.И.О.)

Врач-невролог _____

(Ф.И.О.)

Врач-психиатр _____

(Ф.И.О.)

Врач-сурдолог _____

(Ф.И.О.)

Врач-ортопед _____

(Ф.И.О.)

Врач-педиатр _____

(Ф.И.О.)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ПЕДАГОГОМ-ПСИХОЛОГОМ

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

Дата обследования _____

1. Поведение ребенка в процессе обследования _____

2. Сформированность социально-бытовой ориентировки _____

3. Гнозис (восприятие) _____

4. Особенности мнестической деятельности _____

5. Особенности внимания _____

6. Темп деятельности, работоспособность _____

7. Характеристика моторики _____

8. Характеристика деятельности, сформированность регуляторных функций _____

9. Особенности латерализации _____

10. Особенности речевого развития _____

11. Сформированность представлений о пространственных отношениях _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА УЧИТЕЛЕМ-ЛОГОПЕДОМ

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

Дата обследования _____

1. Родной язык в семье ребенка _____

2. Артикуляционный аппарат:

*строение _____

*подвижность органов артикуляции _____

3. Импрессивная речь _____

4. Особенности фонематических процессов:

*звукоразличение _____

*звуковой анализ и синтез _____

*фонематические представления _____

5. Экспрессивная речь (активность, темп, ритм, интонация, особенности голоса, др.)

Звуковая сторона речи:

Состояние звукопроизношения (изолировано, в слогах, в словах, в речи)

свистящие _____

шипящие _____

аффрикаты _____

соноры _____

другие звуки _____

Слоговая структура слова: _____

Лексическая сторона речи:

а) Пассивный словарь _____

б) Активный словарь _____

*количественный объем _____

*качественное употребление _____

Грамматический строй речи:

*употребляемые предложения, конструкции _____

*словоизменение _____

*словообразование _____

Связная речь: _____

6. Письмо (особенности графики, специфические и неспецифические ошибки)

7. Чтение (техника, темп, понимание, характеристика ошибок)

8. Особенности речи, связанные с заиканием _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Учитель-логопед _____

(подпись, И.О. Фамилия)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА УЧИТЕЛЕМ-ДЕФЕКТОЛОГОМ
(олигофренопедагогом)**

Ф.И. ребенка _____ **Возраст** _____

Дата обследования _____

1. Особенности поведения в ситуации обследования _____

2. Знания и представления о себе и окружающем мире _____

3. Пространственные и временные представления _____

4. Особенности мыслительной деятельности _____

5. Уровень развития речи _____

6. Навык чтения _____

7. Состояние общей и мелкой моторики, графической деятельности _____

8. Знания по русскому языку (понимание правил и способность пользоваться правилами)

9. Знания по математике (сенсорные эталоны у дошкольников) _____

10. Знания по другим предметам (конструктивно-практическая деятельность у дошкольников) _____

11. Работоспособность _____

Темп деятельности _____

Особенности внимания _____

12. Обучаемость и способы выполнения заданий _____

13. Отношение к учению _____

14. Сформированность социально-бытовой ориентировки _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог) _____

(подпись, И.О. Фамилия)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА УЧИТЕЛЕМ-ДЕФЕКТОЛОГОМ
(сурдопедагогом)**

Ф.И. ребенка _____ **Возраст** _____

Дата обследования _____

1. Состояние слуховой функции (заключение сурдолога) _____

2. Время и предполагаемые причины снижения слуха _____

3. Наличие в семье родственников со снижением слуха _____

4. Пользование ИСА (индивидуальными слуховыми аппаратами) (с какого времени и как протезирован ребенок) _____

5. Форма общения ребенка с окружающими (устная, устно-дактильная, устно-дактильно-жестовая, жестовая) _____

Пользуется: лепетной речью, звукопрогношением, отдельными словами, словосочетаниями, предложениями _____

Внятность речи: понятна для окружающих, частично понятна, непонятная _____

6. Особенности речевого поведения в ситуации обследования _____

7. Восприятие (на слух, слухо-зрительно, зрительно) без звукоусиливающей аппаратуры (с ИСА, с кохлеарным имплантом) различных по фонетическому составу групп слов (фраз), произнесенных шепотом и голосом разговорной громкости _____

8. Уровень развития речи _____

9. Особенности произносительной стороны речи _____

10. Наличие дефектов звукопроизношения _____
Звуков первого концентра сокращенной системы фонем (а, о, у, э, и, ы; п, т, к, ф, с, ш, х, в,
л, р, м, н) _____

Звуков второго концентра (ј, я, е, ю, е, п', т', к', ф', с', ш, х', в', л', р', м', н', б, б', д, д', г, г', з,
з', ж, ч, ц) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) _____
(подпись, И.О. Фамилия)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА УЧИТЕЛЕМ-ДЕФЕКТОЛОГОМ
(тифлопедагогом)**

Ф.И. ребенка _____ **Возраст** _____

Дата обследования _____

1. Зрительное восприятие _____

2. Сформированность социально-бытовой ориентировки _____

3. Ориентировка в пространстве _____

4. Осязание и мелкая моторика _____

5. Зрительная память и внимание _____

6. Уровень развития речи _____

7. Работоспособность _____

8. Темп деятельности _____

9. Обучаемость и способы выполнения заданий _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Учитель-дефектолог (тифлопедагог) _____

(подпись, И.О. Фамилия)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА СОЦИАЛЬНЫМ ПЕДАГОГОМ

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

Дата обследования _____

1. Состав семьи (члены семьи, другие лица, проживающие вместе с ребенком) _____

ФИО матери (законного представителя) _____

Возраст _____ Образование _____

Профессия _____

Род занятий в настоящее время _____

ФИО отца (законного представителя) _____

Возраст _____ Образование _____

Профессия _____

Род занятий в настоящее время _____

Другие дети в семье _____

Приемные дети в семье _____

2. Структура семьи (полная/неполная; мать-одиночка; приемный ребенок; отчим/мачеха, малообеспеченная, многодетная, члены семьи с инвалидностью и т.п.):

3. Динамика семьи, особенности внутрисемейного взаимодействия (браки/разводы; форма брака (законный, гражданский); смерть кого-то из членов семьи; последовательность рождения детей и т.п.) _____

4. Бытовые условия жизни ребенка (жилищные условия, питание, одежда, наличие индивидуального места для сна, наличие условий для учебных или игровых занятий и т.п.)

5. Обеспеченность, социально-правовая защищенность ребенка в семье

6. Кто из родственников проводит больше времени с ребенком

Заключение _____

Рекомендации _____

Социальный педагог _____

(подпись, И.О. Фамилия)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА ВРАЧАМИ

Ф.И. ребенка _____ Возраст _____

1. Заключение врача-офтальмолога

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

(подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

2. Заключение врача-оториноларинголога

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

(подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

3. Заключение врача-невролога

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

(подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

4. Заключение врача-ортопеда

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

_____ (подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

5. Заключение врача-сурдолога

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

_____ (подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

6. Заключение врача-психиатра

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

_____ (подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

7. Заключение врача-педиатра

Дата обследования _____

Жалобы _____

Данные осмотра, диагноз _____

Рекомендуемая программа обучения _____

Рекомендуемые медицинские мероприятия, рекомендации по дополнительному обследованию

_____ (подпись, И.О. Фамилия)

М.П.

Дата: _____

**Руководитель
территориальной ПМПК**

(наименование
территориальной ПМПК)

(подпись)

(И.О.Фамилия)

М.П.

Приложение № 5

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 12.01.2018г.

№ 5

ФОРМА БЛАНКА ЗАКЛЮЧЕНИЯ



Министерство образования Новгородской области
Государственное областное бюджетное учреждение
«Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи»
(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

(наименование территориальной ПМПК)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ _____

Старая Русса

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения: _____

Адрес места регистрации: _____

Адрес места проживания: _____

Образовательная организация: _____

Дата обследования: _____

Обследуется на ПМПК: первично / вторично (нужное подчеркнуть)

Оценка состояния ребенка: (обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении).

Нуждается / не нуждается в создании специальных условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов (нужное подчеркнуть).

Рекомендовано:

Руководитель _____

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Учитель-логопед _____

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Педагог-психолог _____

(подпись)

(И.О.Фамилия)

Учитель-дефектолог _____

(олигофренопедагог) _____	_____
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Учитель-дефектолог	
(сурдопедагог) _____	_____
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Учитель-дефектолог	
(тифлопедагог) _____	_____
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Социальный педагог _____	_____
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-офтальмолог	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-оториноларинголог	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-невролог	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-психиатр	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-сурдолог	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-ортопед	
(подпись)	(И.О.Фамилия)
Врач-педиатр	
(подпись)	(И.О.Фамилия)

М.П.

Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 11.01.2016г.

№ 5

ФОРМА БЛАНКА ОСОБОГО МНЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТА



Министерство образования Новгородской области

**Государственное областное бюджетное учреждение
«Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи»**

(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

(наименование территориальной ПМПК)

ОСОБОЕ МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес фактического проживания: _____

Образовательная организация: _____

Дата обследования на ПМПК: _____

Обследуется на ПМПК: первично / вторично (нужное подчеркнуть)

Ф.И.О., должность специалиста: _____

Особое мнение специалиста: _____

(Должность специалиста)

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Приложение № 7

УТВЕРЖДЕНО

приказом _____ государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 11.01.2016г.

№ 5

**ФОРМА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАРТЫ РЕБЕНКА,
ОБСЛЕДОВАННОГО НА ПМПК**



Министерство образования Новгородской области
Государственное областное бюджетное учреждение
«Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи»
(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

_____ (наименование территориальной ПМПК)

**Индивидуальная карта ребенка,
обследованного на ПМПК**

Дата заполнения _____

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения _____

Адрес места проживания _____

_____ Статус ребенка

_____ Инвалидность (диагноз)

_____ Образовательная организация

_____ Статус семьи (полная, неполная, многодетная, опекунская, приемная)

_____ Ф.И.О матери (законного представителя)

_____ Ф.И.О. отца (законного представителя)

_____ Контактная информация:

_____ домашний телефон

_____ мобильный телефон

_____ Кем направлен:

_____ Причина обращения:

_____ Заключение ПМПК № дата

_____ Обследуется на ПМПК: первично/вторично (нужное подчеркнуть)

_____ Выводы и рекомендации ПМПК

Приложение № 8

УТВЕРЖДЕНО

приказом государственного
областного бюджетного учреждения
«Старорусский центр психолого-
педагогической, медицинской и
социальной помощи»

от 11.01.2016г.

№ 5

ФОРМА БЛАНКА НАПРАВЛЕНИЯ



Министерство образования Новгородской области
Государственное областное бюджетное учреждение
«Старорусский центр психолого-педагогической, медицинской
и социальной помощи»
(ГОБУ «Старорусский ЦППМС»)

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

_____ *(наименование территориальной ПМПК)*

НАПРАВЛЕНИЕ

_____ №

Ф.И.О. ребенка: _____

Образовательная организация: _____

Дата рождения: _____

Адрес места проживания: _____

Направляется _____

(наименование организации, куда направляется ребенок)

Причина направления: _____

Ф.И.О. родителей (законных представителей): _____

Домашний телефон: _____

Мобильный телефон: _____

Руководитель территориальной ПМПК _____ / _____ /

_____ *(наименование территориальной ПМПК)*

М.П.