

Направление на ТПМПК

(официальное название учреждения, ведомственная принадлежность)

направляет _____

(Ф.И.О. ребёнка, возраст, адрес)

на обследование ТПМПК в связи с _____

(указываются конкретные показания к направлению ребёнка на ТПМПК)

Приложение (перечень документов):

1. Копии свидетельства о рождении/паспорта ребенка (при достижении 14 лет).
2. Характеристика на ребенка из образовательной организации, заверенная печатью и подписью руководителя.
3. Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей: **педиатра, отоларинголога** (сурдолога, при нарушенном слухе - аудиограмма), **офтальмолога** (с указанием остроты зрения в очках и без очков), **невролога**, ортопеда (при необходимости), а так же других врачей, у которых ребенок находится на диспансерном учёте: хирурга, фтизиатра, **психиатра ТБУЗКОНКПБ (ул. Малая,6)** (заключение по МКБ-10) и др.
4. Заключение учителя-логопеда (для специализированных ОО) из образовательной организации, направляющей на комиссию.
5. Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации и логопедическое представление учителя-логопеда, осуществляющего коррекционную работу с ребенком.
6. Письменные работы (лучше итоговые) по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;
7. Табель успеваемости с четвертными/годовыми оценками;
8. Копия Заключения ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии).
9. Родители (законные представители) предъявляют в комиссию документ, удостоверяющий их личность, опекуны - копию приказа о назначении опеки, амбулаторную карту ребенка (из поликлиники).
10. Копия справки МСЭ об установлении инвалидности у ребенка.
11. Копия ИПРа при установлении инвалидности у ребенка.
12. Направление на ПМПК от ОУ.
13. Заявление/согласие на проведение обследования.
14. Социальная часть карты.

Родители/законные представители предъявляют в ПМПК свой паспорт, амбулаторную карту ребенка, рабочие тетради учащегося по основным предметам (желательно с контрольными работами).

Печать учреждения

Подпись руководителя учреждения

Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Новокузнецкому городскому округу _____

От _____

(Ф.И.О. родителя(ей) / законного представителя)

Адрес места проживания: _____

Конг. тел. _____

Заявление

Прошу(сим) провести обследование _____

(далее – Ребёнок)

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией по Новокузнецкому городскому округу.
Даю(ем) свое согласие на ведение протокола в ходе обследования.

Настоящим даю(ем) своё согласие на аудиозапись и видеосъёмку моего ребёнка в процессе освидетельствования на Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Новокузнецкому городскому округу.

Настоящим также даю(ем) свое согласие на обработку Государственной организацией образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – Центр), расположенному по адресу: 650023, г. Кемерово, пр. Ленина, 126 А, следующих персональных данных:

Данные заявителя(ей):

- Фамилия, имя и отчество заявителя(ей);
- Адрес места жительства заявителя(ей);
- Контактный телефон заявителя(ей);
- Паспортные данные заявителя(ей);

Данные Ребёнка:

- Фамилия, имя и отчество Ребёнка;
- Адрес места жительства Ребёнка;
- Сведения о состоянии здоровья Ребёнка;
- Сведения об ученической успеваемости Ребёнка;
- Сведения о психическом состоянии Ребёнка;
- Сведения о развитии Ребёнка;
- Сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении Ребёнка.

Обработка вышеуказанных персональных данных может производиться Центром путем сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования (только в целях проведения обследования и последующего мониторинга), обезличивания, блокирования (не включает возможность ограничения моего (нашего) доступа к персональным данным), уничтожения. Я(мы) даю(ем) согласие на обработку моих(наших) персональных данных любым, не запрещенным действующим законодательством способом, в том числе автоматизированным способом. Также выражаю(ем) свое согласие на осуществление Центром запросов у органов и организаций сведений и информации о Ребёнке, необходимых для проведения его обследования и последующего мониторинга.

Данное Согласие действует бессрочно или до его отзыва. Согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

Подписывая настоящее заявление я(мы) подтверждаем, что ознакомлен(ы) с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 и порядком работы Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Кемеровской области.

_____/ _____ « ____ » _____ 20 ____ год
(подпись) / (расшифровка подписи)

_____/ _____ « ____ » _____ 20 ____ год

Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Новокузнецкому городскому округу

От _____

Адрес места проживания _____

Контакт. тел. _____

Заявление несовершеннолетнего, достигшего 14 лет

Прошу провести обследование _____

(Ф.И.О., дата рождения)

Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией по Новокузнецкому городскому округу. Даю свое согласие на ведение протокола в ходе обследования.

Настоящим даю свое согласие на аудиозапись и видеосъемку в процессе освидетельствования на Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Новокузнецкому городскому округу.

Настоящим также даю свое согласие на обработку Государственной организацией образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – Центр), расположенному по адресу: 650023, г. Кемерово, пр. Ленина, 126 А, следующих персональных данных:

Данные заявителя(ей):

- Фамилия, имя и отчество заявителя;
- Адрес места жительства заявителя;
- Контактный телефон заявителя;
- Паспортные данные заявителя;
- Сведения о состоянии здоровья заявителя;
- Сведения об ученической успеваемости заявителя;
- Сведения о психическом состоянии заявителя;
- Сведения о развитии заявителя;
- Сведения, содержащиеся в свидетельстве о рождении заявителя.

Обработка вышеуказанных персональных данных может производиться Центром путем сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования (только в целях проведения обследования и последующего мониторинга), обезличивания, блокирования (не включает возможность ограничения моего (нашего) доступа к персональным данным), уничтожения. Я даю согласие на обработку моих персональных данных любым, не запрещенным действующим законодательством способом, в том числе автоматизированным способом. Также выражаю свое согласие на осуществление Центром запросов у органов и организаций сведений и информации о Ребёнке, необходимых для проведения его обследования и последующего мониторинга.

Данное Согласие действует бессрочно или до его отзыва. Согласие может быть отозвано в любой момент по письменному заявлению.

Подписывая настоящее заявление я подтверждаю, что ознакомлен с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 и порядком работы Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Кемеровской области.

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ год

СОЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ КАРТЫ РЕБЕНКА,

прошедшего обследования в психолого-медико-педагогической комиссии

1. Фамилия, имя ребенка _____

Дата рождения _____ пол _____

ОУ № _____ класс/группа _____

2. Состав семьи: полная, неполная __ какой данный ребенок по счету в семье _____ количество детей в семье _____

3. Фамилия, имя, отчество матери _____

(для родительских детей)

Возраст _____ Образование: неп. среднее, среднее, специал. среднее, высшее, др. _____

(полных лет)

(подчеркнуть)

Профессия _____

4. Фамилия, имя, отчество отца _____

Возраст _____ Образование: неп. среднее, среднее, специал. среднее, высшее, др. _____

(полных лет)

(подчеркнуть)

Профессия _____

5. Если ребенок живет с приемными родителями или опекунами, укажите следующие данные:

Фамилия, имя, отчество _____

Кем приходится ребенку _____

Возраст _____ Образование: неп. среднее, среднее, специал. среднее, высшее, др. _____

(полных лет)

(подчеркнуть)

Профессия _____

6. Жилищные условия семьи: отдельная квартира, коммунальная квартира, общежитие, др. _____

7. Условия жизни ребенка: отдельная комната, уголок в общей комнате, свой письменный стол, отдельное спальное место, общая кровать с кем-то из детей, др. _____

8. Если родители в разводе:

сколько лет было ребенку, когда родители развелись _____ с кем из родителей остался ребенок _____

поддерживает ли ребенок отношения с родителем, не живущим с ним после развода, каковы эти отношения _____

9. Материальное положение семьи: крайне низкий, ниже среднего, средний, достаточно высокий, др. _____

10. Дополнительные сведения о ребенке или его семье, которые Вы можете сообщить: _____

Социальная часть карты заполнялась со слов _____

(одного из родителей, одного из прародителей, педагога и т.п.)

Дата заполнения _____

Подпись специалиста _____

Руководителю ТПМПК НГО

(полное название образовательной организации
с указанием адреса, телефона, электронной почты)

Заявка
на выездную ПМПК

№	Фамилия, имя, отчество ребенка	Дата рождения ребенка	Заключения медицинских специалистов (при наличии)	Предварительное заключение ПМПК (ППк, педсовета) №__дата__первичного обследования ПМПК
1				
2				
3				
4				
5				
6				

М.П. Директор ОО: _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

Примерная форма педагогической характеристики на ребенка школьного возраста, направляемого для обследования в ТПМПК

полное наименование образовательного учреждения (по уставу) с реквизитами учреждения

1. Общие сведения о ребенке:
 - 1.1. Ф.И.О.
 - 1.2. Дата рождения, возраст
 - 1.3. Место проживания
 - 1.4. Класс, программа обучения
2. Причина (цель) обращения на ПМПК (трудности в обучении, общении, нарушение поведения и др.)
3. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
 - 4.1. Ф.И.О. отца, год рождения, место работы, должность
 - 4.2. Ф.И.О. матери, год рождения, место работы, должность (или аналогичная информация о законных представителях ребенка)
 - 4.3. Состав семьи (полная, неполная, многодетная, наличие братьев, сестер, другие члены семьи)
 - 4.4. Характер внутрисемейных отношений
 - 4.5. Кто занимается воспитанием ребенка
 - 4.6. Взаимодействие семьи и школы (характер контакта, формы работы школы с семьей)
 - 4.7. Степень помощи родителей ребенку в учебе
4. Школьный анамнез:
 - 5.1. какие дошкольные учреждения посещал
 - 5.2. с какого возраста начал школьное обучение и по какой программе
 - 5.3. дублировал ли программу классов (если – да, по какой причине: болезнь, необоснованные пропуски занятий, трудности в усвоении программы, др.)
 - 5.4. обучался ли по индивидуальной программе
 - 5.5. с какого времени обучается в образовательном учреждении
6. Усвоение образовательных программ:
 - 6.1. по математике
 - 6.2. по русскому языку
 - 6.3. по литературному чтению
 - 6.4. по другим предметам
7. Характеристика обучаемости:
 - 7.1. Затруднения, возникающие при усвоении учебного материала
 - 7.2. Чем, по мнению педагогов, вызваны затруднения в обучении (особенностями внимания, памяти, работоспособности, темпа учебной деятельности и др.)
 - 7.3. Степень оказания учителем помощи при выполнении тех или иных учебных заданий
 - 7.4. Уровень восприятия ребенком предлагаемой помощи
8. Отношение к учебе, мотивация учения
9. Особенности личности и взаимоотношения со сверстниками и педагогами
10. Выполнение школьного режима и правил поведения
11. Участие в общественной жизни школы
12. Доминирующие увлечения и интересы
13. Мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.)
14. Общие выводы и впечатления о ребенке

« _____ » _____ 20 ____ г.

Классный уководитель _____ / _____

подпись

расшифровка подписи

Директор школы _____ / _____

подпись

расшифровка подписи