



## АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА

### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

11.03.2021  
г. Асино

№ 314

#### Об утверждении Порядка работы и состава территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

В соответствии с частью 5 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года №1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», в целях создания целостной системы, обеспечивающей оптимальные педагогические условия для детей с трудностями в обучении в соответствии с их возрастными особенностями, уровнем актуального развития, состоянием соматического и нервно-психического здоровья, своевременного выявления детей с особенностями в физическом или психическом развитии и отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций

#### ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Создать территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию в составе согласно приложению 1 к настоящему постановлению.

2. Утвердить:

2.1. Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии согласно приложению 2 к настоящему постановлению.

2.2. Образец бланка и эскиз печати территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Асиновского района согласно приложению 3 к настоящему постановлению.

3. Управлению образования администрации Асиновского района (Е.А. Анучина), ОГБУЗ «Асиновская РБ» (Левшин А.В., по согласованию) обеспечить исполнение Порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

4. Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ответственный – Е.А.Трошенко, главный специалист по образовательной деятельности Управления образования администрации Асиновского района):

4.1. организовать работу ТПМПК по проведению комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей, подготовку по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций;

4.2. разместить информацию о работе ТПМПК на официальном сайте Управления образования администрации Асиновского района;

4.3. организовать запись на проведение обследования детей в ТПМПК в Управлении образования администрации Асиновского района.

5. Признать утратившим силу постановление администрации Асиновского района от 05.09.2019 № 1361 «Об утверждении Порядка работы и состава территориальной психолого-медико-педагогической комиссии».

6. Разместить информацию об организации работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на официальном сайте муниципального образования «Асиновский район» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на заместителя Главы администрации Асиновского района по социальным вопросам.

Глава Асиновского района



Н.А.Данильчук

Приложение 1 к постановлению  
 администрации Асиновского района  
 № 314 от 11.03.2021

## Состав

## Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

№ п/п	Ф.И.О.	Должность	Основное место работы
1.	Трощенко Е.А.	Руководитель ТПМПК	Управление образования
2.	Лихачева А.А.	Заместитель руководителя	Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области
3.	Киселева С.В.	Секретарь комиссии	Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области
Члены ТПМПК		Согласовано	
4.	детский психиатр (по согласованию)	Департамент здравоохранения Томской области, ОГБУЗ «Асиновская РБ», Детская поликлиника	
5.	офтальмолог (по согласованию)	Департамент здравоохранения Томской области, ОГБУЗ «Асиновская РБ», Детская поликлиника	
6.	невролог (по согласованию)	Департамент здравоохранения Томской области, ОГБУЗ «Асиновская РБ», Детская поликлиника	
7.	сурдолог - оториноларинголог (по согласованию)	Департамент здравоохранения Томской области, ОГБУЗ «Асиновская РБ», Детская поликлиника	
8.	Врач-педиатр (по согласованию)	Департамент здравоохранения Томской области, ОГБУЗ «Асиновская РБ», Детская поликлиника	
9.	Козлова О.И.	педагог-психолог	Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение – средняя общеобразовательная школа №4 города Асино Томской области
10.	Белкина И.Л.	Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)	Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области
11.	Горелая В.Н.	социальный педагог	Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение – средняя общеобразовательная школа №4 города Асино Томской области
12.	Кузнецова И.Н.	социальный педагог	Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области

13.	Волегова Е.В.	учитель-логопед	Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение – средняя общеобразовательная школа №4 города Асино Томской области
14.	Давыдова В.В.	учитель-логопед	Муниципальное казенное общеобразовательное учреждение «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области
15.	Петрикевич Е.Ю.	Учитель-логопед	Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение гимназия №2 города Асино Томской области

Приложение 2 к постановлению  
администрации Асиновского района  
№ 314 от 11.03.2021

Порядок работы  
Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий порядок регулирует организацию работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК), функционирующей на территории Асиновского района.

1.2. ТПМПК информирует родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы комиссии.

1.3. ТПМПК в своей деятельности руководствуется нормативными актами Российской Федерации и Томской области, настоящим Порядком.

1.4. Цель ТПМПК – своевременное выявление детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведение их комплексного психолого-медико-педагогического обследования и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждение, уточнение или изменение ранее данных рекомендаций.

1.5. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

1.5.1. Проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее – обследования) детей и подростков в возрасте от 0 до 18 лет с целью своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

1.5.2. Подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

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

1.5.4. Оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

1.5.5. Осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

1.5.6. 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;

1.5.7. осуществление координации и организационно-методического обеспечения деятельности территориальных комиссий;

1.5.8. проведение обследования детей по направлению комиссии при образовательной организации.

## 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМИССИИ

2.1. ТПМПК функционирует на базе Муниципального казенного общеобразовательного учреждения «Общеобразовательная школа для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья №10 города Асино Томской области».

2.2. Заседания ТПМПК проводятся в течение года по утвержденному графику один раз в месяц на основании заявлений родителей (законных представителей).

2.3. Секретарь ТПМПК согласовывает время и место проведения заседания с членами ТПМПК, оповещает руководителей образовательных организаций и родителей (законных представителей) о сроках его проведения.

2.4. ТПМПК ведется следующая документация:

а) журнал записи детей на обследование;

б) журнал учета детей, прошедших обследование;

в) карта ребенка, прошедшего обследование на ТПМПК (приложение 2);

г) протокол обследования ребенка, с содержащимся в нем заключением и рекомендациями (приложение 3);

Документы, указанные в подпунктах "а" и "б" настоящего пункта, хранятся не менее 5 лет после окончания их ведения.

Документы, указанные в подпунктах "в", "г" настоящего пункта, хранятся не менее 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет.

2.5. ТПМПК имеет печать и бланк со своим наименованием (приложение 1);

2.6. Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации (приложение 11);

2.7. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами комиссии осуществляются бесплатно.

## 3. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ

3.1. Основанием для проведения обследования детей является личное обращение заявителя в ТПМПК или по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей) и обязательное предоставление следующих документов:

3.1.1. документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя);

3.1.2. документ, подтверждающий полномочия лица, представляющего интересы ребенка в случае, если заявитель не является родителем ребенка по форме приложения 15 к настоящему порядку;

3.1.3. письменное заявление родителей (законных представителей) по форме приложения



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

3.1.5. направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии) по форме приложения 4 к настоящему порядку;

3.1.6. 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);

3.1.7. заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

3.1.8. характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) согласно приложениям 5 и 6 к настоящему порядку;

3.1.9. подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) по форме приложения 7 к настоящему порядку;

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

3.1.11. запрос у соответствующих органов и организаций дополнительной информации о ребенке (по необходимости) по форме приложения 8 к настоящему порядку;

3.1.12. согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя) по форме приложения 9 к настоящему порядку;

3.1.13. согласие на обработку персональных данных ребенка по форме приложения 10 к настоящему порядку;

3.1.14. обязательство о неразглашении персональных данных лиц, обратившихся в ТПМПК по форме приложения 12 к настоящему порядку.

3.3. Обследование ребенка в ТПМПК осуществляется каждым специалистом поэтапно или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

3.4. Обследование детей проводится в присутствии родителей (законных представителей).

3.5. В ходе обследования ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах комиссии, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и другая информация, послужившая основанием для вынесения заключения ТПМПК.

3.6. В сложных случаях ТПМПК может направить ребенка для проведения обследования в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Томской области.

3.7. Протокол и заключение ТПМПК по форме приложений 2 оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами комиссии, проводившими обследование, и руководителем комиссии (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью комиссии.

3.8. Заключение ТПМПК носит рекомендательный характер для родителей (законных представителей) и является основанием для создания органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

3.9. Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись.

3.10. Представитель ТПМПК знакомит родителей (законных представителей) с коллегиальным заключением и рекомендациями в доступной для их понимания форме.

3.11. При согласии родителей (законных представителей) с заключениями специалистов и рекомендациями ТПМПК оформляется и выдается заключение ТПМПК или справка о проведении консультации по форме приложения 14 к настоящему порядку.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЧЛЕНОВ ТПМПК

4.1. Члены ТПМПК имеют право:

4.1.1. Проводить консультативно–диагностическую работу во время организации работы ТПМПК.

4.1.2. На основании данных индивидуального обследования составлять заключение о характере отклонений в развитии ребенка и принимать коллегиальное решение о форме организации обучения и воспитания с учетом его психических, физических и индивидуальных возможностей и особенностей.

4.1.3. Выдавать родителям (законным представителям) заключение с соответствующими рекомендациями по созданию условий для обучения и воспитания детей.

4.1.4. Отказать заявителю в проведении обследования ребенка при отсутствии документов, перечисленных в пункте 3.1. настоящего Порядка, и выдать сообщение об отказе установленной формы приложения 16 к настоящему порядку.

4.1.5. Определять содержание и формы работы ТПМПК в соответствии с целью деятельности и настоящим Порядком.

4.2. Члены ТПМПК обязаны:

4.2.1. Руководствоваться в своей деятельности профессиональными, этическими и нравственными принципами.



4.2.2. Предоставлять квалифицированную психолого–медико–педагогическую помощь.

4.2.3. Обеспечивать уважение и защиту человеческого достоинства, обратившихся в ТПМПК. Соблюдать врачебную тайну, не разглашать персональные сведения о детях, конфиденциальную информацию.

4.2.4. Качественно и своевременно выполнять свои функции.

4.3. Руководитель ТПМПК, несет персональную ответственность за качество работы комиссии.

4.4. Секретарь ТПМПК несет персональную ответственность за своевременную регистрацию документов.

#### 5. КОНТРОЛЬ ЗА ИСПОЛНЕНИЕМ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ТПМПК.

5.1. Текущий контроль за организацией работы ТПМПК осуществляет Управление образования администрации Асиновского района.

#### 6. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ И ПМПк

6.1. ТПМПК осуществляет координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПк) образовательных организаций.

6.2. ТПМПК координирует деятельность ПМПк по следующим вопросам:

- подбор стандартизованных диагностических методик для обследований детей в условиях ПМПк;

- осуществление взаимодействия со специалистами психолого-медико-педагогического сопровождения в образовательных организациях Асиновского района;

6.3. При направлении ребенка в ТПМПК психолого-медико-педагогический консилиум образовательной организации предоставляет копию коллегиального заключения ПМПк образовательной организации.

Приложение 1 к постановлению  
администрации Асиновского района  
№ 314 от 11.03.2021

ОБРАЗЦЫ  
БЛАНКА ПИСЬМА И ПЕЧАТИ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ АСИНОВСКОГО РАЙОНА

Образец бланка письма



АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА  
(ТПМПК)

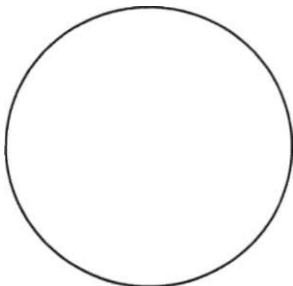
Ленина ул., д.40, г.Асино, Томская область, 636840  
Тел. (8 241) 2-29-53  
E-mail: [uprobr.asino@mail.ru](mailto:uprobr.asino@mail.ru)

---

Исх. № 29/01-10/ от «      »            г.

На №            от           

Образец печати



**1 строка:** РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ \* ТОМСКАЯ ОБЛ. \* Г. АСИНО \*  
**2 строка:** Управление образования администрации Асиновского района \*  
**в центре:** территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

Приложение 2  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической  
комиссии

**КАРТА РЕБЕНКА, ПРОШЕДШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

1. Дата первичного обращения на ТПМПК «                    »                    20                    г.

Фамилия, имя, отчество:

Дата рождения ребенка:

Адрес проживания:

Образовательное учреждение, класс/группа:

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

С какого времени обучается в данном ОУ

С какого возраста начал школьное обучение:

По какой программе

Дублировал ли программу

**Был ли перевод на программу более высокого (низкого) уровня**

Заключение комиссии:

**Медицинский диагноз:**

**Особые мнения:**

**Рекомендации комиссии:**

**1. Определение условий получения образования:**

Вид образовательной программы:

Форма получения образования:

Условия получения образования:

**2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

**Сроки повторного обследования на ТПМПК:**

**3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

**Коррекционно – развивающая работа:**

занятия с логопедом

занятия с дефектологом

занятия с психологом

занятия с социальным педагогом

**Специальные мероприятия или средовые условия:**

**Дополнительные условия:**

**Медикаментозное сопровождение:**

**Наблюдение узких специалистов:**

**Сопровождение ассистента (помощника):**

**4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:**

Выдано заключение ТПМПК №                    от «                    »                    20                    г.

**2. Дата повторного обращения на ТПМПК «                    »                    20                    г.**

**Предварительный медицинский диагноз:**

*Заключение комиссии:***Медицинский диагноз:****Особые мнения:****Рекомендации комиссии:****1. Определение условий получения образования:**

Вид образовательной программы:

Форма получения образования:

Условия получения образования:

**2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:****Сроки повторного обследования на ТПМПК:****3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:****Коррекционно – развивающая работа:**

занятия с логопедом

занятия с дефектологом

занятия с психологом

занятия с социальным педагогом

**Специальные мероприятия или средовые условия:****Дополнительные условия:****Медикаментозное сопровождение:****Наблюдение узких специалистов:****Сопровождение ассистента (помощника):****4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:**

Выдано заключение ТПМПК № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

2. Дата повторного обращения на ТПМПК « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Предварительный медицинский диагноз:

*Заключение комиссии:***Медицинский диагноз:****Особые мнения:****Рекомендации комиссии:****1. Определение условий получения образования:**

Вид образовательной программы:

Форма получения образования:

Условия получения образования:

**2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:****Сроки повторного обследования на ТПМПК:****3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:****Коррекционно – развивающая работа:**

занятия с логопедом

занятия с дефектологом

занятия с психологом

занятия с социальным педагогом

**Специальные мероприятия или средовые условия:**

---

*Дополнительные условия:*

---

*Медикаментозное сопровождение:*

---

*Наблюдение узких специалистов:*

---

*Сопровождение ассистента (помощника):*

---

**4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:**

---

Выдано заключение ТПМПК №            от «            »            20            г.

---

Приложение 3  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии



АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА  
(ТПМПК)**

Ленина ул., д.40, г.Асино, Томская область, 636840, Тел. (8 241) 2-29-53,  
E-mail: uprobr.asino@mail.ru

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА И ЗАКЛЮЧЕНИЕ  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ  
от**

**I. Формальные сведения**

*Фамилия, имя, отчество:* \_\_\_\_\_

*Дата рождения ребенка:* \_\_\_\_\_

*Адрес:* \_\_\_\_\_

*Кем направлен на комиссию:* \_\_\_\_\_

*Образовательное учреждение, класс/группа:* \_\_\_\_\_

*Сведения о родителях (законных представителях):* \_\_\_\_\_

**II. Анамнестические сведения**

*Перечень представленных документов:* \_\_\_\_\_

*Особенности раннего развития:* \_\_\_\_\_

*Перенесенные и хронические заболевания:* \_\_\_\_\_

**III. Данные психолого-медико-педагогического обследования**

*Данные медицинского обследования:*

*Педиатр (терапевт):* \_\_\_\_\_

*Отоларинголог (сурдолог):* \_\_\_\_\_

*Офтальмолог:* \_\_\_\_\_

*Хирург (хирург-ортопед):* \_\_\_\_\_

*Психиатр:* \_\_\_\_\_

*Невролог:* \_\_\_\_\_

*Данные психолого – педагогического и логопедического обследования:*

*Легко ли вступает в контакт:* \_\_\_\_\_

*Общая осведомленность ребенка (социально - бытовая ориентировка):* \_\_\_\_\_

*Сведения ребенка о себе, понимание родственных связей, круг представлений об окружающем и точность этих представлений:* \_\_\_\_\_

*Характеристика моторики, в том числе графической деятельности (рисунок, письмо):* \_\_\_\_\_

*Особенности латерализации:* \_\_\_\_\_

*Особенности восприятия картин, текстов:* \_\_\_\_\_

*Восприятие времени:* \_\_\_\_\_



**Восприятие пространства (различие правой - левой стороны, умение сложить фигуры по образцу; сложить картинку, разрезанную на части):**

**Особенности внимания:**

- Концентрация:
- Устойчивость:
- Переключаемость:
- Распределение:
- Объем внимания:

**Особенности памяти (быстрота запоминания, точность воспроизведения):**

**Особенности процессов анализа, синтеза, обобщения:**

**Понимание смысла загадок, пословиц:**

**Понимание причинно - следственных связей (умение выделить главное, существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятий, при сравнении предметов, при классификации предметов):**

**Особенности мышления:**

- Наглядно – действенного:
- Наглядно – образного:
- Абстрактно – логического:

**Родной язык ребенка: русский**

**Дефекты звукопроизношения:**

**Словарный запас:**

**Грамматический строй речи:**

**Характер ошибок устной и письменной речи:**

**Состояние чтения:**

**Состояние письма:**

**Состояние счета:**

**Степень усвоения программного материала, трудности при обучении:**

**Целенаправленность деятельности:**

**Отношение к обучению:**

**Особенности эмоционально-волевой сферы:**

**Особенности поведения (адекватность поведения в процессе обследования):**

**Улавливает ли эмоциональный смысл картин, текстов, беседы:**

**Усидчивость в работе, работоспособность:**

Заключение комиссии:

**Медицинский диагноз:**

**Особые мнения:**

**Рекомендации комиссии:**

**1. Определение условий получения образования:**

- Вид образовательной программы:
- Форма получения образования:
- Условия получения образования:

**2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

- Сроки повторного обследования на ТПМПК:

**3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

- Коррекционно – развивающая работа:
- занятия с логопедом

- занятия с дефектологом
- занятия с психологом
- занятия с социальным педагогом
- *Специальные мероприятия или средовые условия:*
- *Дополнительные условия:*
- *Медикаментозное сопровождение:*
- *Наблюдение узких специалистов:*
- *Сопровождение ассистента (помощника):*

3. *Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:*

### Члены ТПМПК:

<b>Учитель – дефектолог</b> (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Учитель – логопед</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Педагог – психолог</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Врач – психиатр</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Врач-педиатр</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Невролог</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Офтальмолог</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Оториноларинголог</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Социальный педагог</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Секретарь</b>		
	подпись	расшифровка подписи
<b>Руководитель ТПМПК</b>		
	подпись	расшифровка подписи

М.П.

С заключением и рекомендациями ознакомлен (а):

С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а):

Родитель (законный представитель)

подпись

расшифровка подписи

Приложение 3  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии Асиновского района

Ф.И.О. родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_  
Место работы, должность: \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность: паспорт  
серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование  
ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

в связи с определением программы обучения, проблемами в развитии, обучении, поведении, развитии познавательной деятельности, развитии речи, в связи с определением дальнейшего жизнеустройства **(нужное подчеркнуть)** или другие причины: \_\_\_\_\_ при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего психолого-педагогического и медико-социального профиля, в том числе у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения).

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

Прошу предоставить мне заключение психолого-медико-педагогической комиссии с особыми мнениями специалистов (при их наличии).

Возражений против процедуры обследования и на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка специалистами ТПМПК не имею.

*Сообщаю дополнительные сведения о ребенке:*

1. Ребенок – инвалид: нет/ да: (нужное подчеркнуть). Справка МСЭ: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ действительна до \_\_\_\_\_;
2. Полис ОМС: \_\_\_\_\_;
3. Какую организацию дошкольного образования посещал(а)/не посещал(а)/посещает: \_\_\_\_\_;
4. Какую группу дошкольной организации посещал(а): общеобразовательную, компенсирующего /комбинированного вида **(подчеркнуть нужное)**;
5. С какого возраста посещает дошкольную организацию \_\_\_\_\_;
6. Обучается в образовательной организации \_\_\_\_\_;
7. Класс обучения \_\_\_\_\_;
8. С какого времени обучается в образовательной организации: \_\_\_\_\_;
9. С какого возраста начал школьное обучение \_\_\_\_\_;
10. По какой образовательной программе обучается; дублировал программу в классе; был ли переведен на образовательную программу более высокого (низкого) уровня. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение 4  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической  
комиссии

**Направление ребенка на обследование в ТПМПК образовательной организацией,  
организацией, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской  
организацией, другой организацией\***

Направление № \_\_\_\_ от \_\_\_\_  
в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

(официальное наименование организации, с указанием адреса местонахождения, контактного телефона и e-mail)

Направляет на обследование в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_
2. Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_
3. Медицинский диагноз \_\_\_\_\_
4. Справка МСЭ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ (для ребенка-инвалида)
5. Адрес регистрации по месту жительства (фактического проживания ребенка) \_\_\_\_\_
6. Наименование образовательной организации с указанием группы/класса \_\_\_\_\_
7. ФИО \_\_\_\_\_ родителей \_\_\_\_\_ (законных представителей)

в связи

(указываются причины направления ребенка на ТПМПК)

Перечень документов, необходимых для предъявления на ТПМПК родителями (законными представителями):

1. Заключение об обследовании ребенка на ТПМПК или ЦПМПК;
2. Копия паспорта или свидетельство о рождении ребенка;
3. Копия паспорта родителя (законного представителя);
4. Медицинская карта ребенка;
5. Копия полиса обязательного медицинского страхования;
6. Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии);
7. Письменные работы обучающегося по русскому (родному) языку, математике за текущий год;
8. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (рисунки, поделки и т.д.);
9. Копия документа, подтверждающего инвалидность ребенка (при наличии);
10. Доверенность или иной документ, удостоверяющий полномочия лица, представляющего интересы ребенка, в случае, если заявитель не является родителем ребенка;
11. Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления направления)

Руководитель организации \_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

С направлением в ТПМПК ознакомлен (а): \_\_\_\_\_

С перечнем документов для предъявления в ТПМПК ознакомлен (а) \_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

• Организация оформляет направление в ТПМПК в случаях, когда необходимо решить вопрос об определении специальных условий обучения ребенка или в случае несогласия с выводами психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации.

Бланки направлений имеют сквозную нумерацию. Оригинал направления выдается родителю (законному представителю) на руки, копия хранится в организации.

Все записи в направлении ведутся четко и разборчиво (не допускаются зачеркивания и исправления).

Приложение 5  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической  
комиссии

Примерная форма педагогической характеристики на ребенка школьного возраста,  
направляемого для обследования, в Территориальную психолого-медико-педагогическую  
комиссию

---

полное наименование образовательной организации (по уставу) с реквизитами организации

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. Кем направлен ребенок
3. Причина (цель) обращения на ТПМК (трудности в обучении, общении, нарушение поведения и др.)
4. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
  - 4.1.ФИО отца, год рождения, место работы, должность
  - 4.2.ФИО 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
5. Школьный анамнез:
  - 5.1.какие организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам дошкольного образования, 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 образовательной организации
6. Усвоение основных общеобразовательных программ – образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования:
  - 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.

Директор школы \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Классный руководитель \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Приложение 6  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической  
комиссии

Примерная форма педагогической характеристики на ребенка дошкольного возраста,  
направляемого для обследования, в Территориальную психолого-медико-педагогическую  
комиссию

---

полное наименование образовательной организации (по уставу) с реквизитами организации

1. Общие сведения о ребенке:
  - 1.1. Ф.И.О.
  - 1.2. Дата рождения, возраст
  - 1.3. Место проживания
  - 1.4. Полное наименование дошкольной образовательной организации (по уставу)
  - 1.5. Группа, программа обучения и воспитания
2. Кем направлен ребенок
3. Причина (цель) обращения на ТПМПК (трудности в развитии, обучении и воспитании, общении, нарушение поведения и др.)
4. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
  - 4.1. ФИО отца, год рождения, место работы, должность
  - 4.2. ФИО 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 ДОО (характер контакта, формы работы ДОО с семьей)
  - 4.7. Степень помощи родителей ребенку в ДОО
5. Анамнез:
  - 5.1. С какого возраста посещает организацию, осуществляющую образовательную деятельность и реализующую образовательные программы дошкольного образования
  - 5.2. По какой образовательной программе дошкольного образования идет развитие и воспитания ребенка
  - 5.3. Обучался ли по индивидуальной, адаптированной программе
6. Общая характеристика:
  - 6.1. Специфика внешнего вида и поведения ребенка
  - 6.2. Затруднения, возникающие при усвоении развивающего материала, чем, по мнению воспитателей, вызваны затруднения в обучении и воспитании (особенностями внимания, памяти, работоспособности, темпа деятельности и др.)
  - 6.3. Степень оказания воспитателем помощи при выполнении тех или иных заданий
  - 6.4. Уровень восприятия ребенком предлагаемой помощи
7. Особенности личности и взаимоотношения со сверстниками и воспитателями (контактность, характер его эмоционального реагирования, взаимоотношения со сверстниками. общая мотивация. отношение к результатам собственной

деятельности)

8. Выполнение режима и правил поведения в ДОО
9. Доминирующие увлечения и интересы
10. Мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.)
11. Общие выводы и впечатления о ребенке

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

Руководитель ДОО \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Воспитатель \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Приложение 7  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

**Медицинское заключение (действительно 3 месяца)**

---

(наименование и адрес организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь)

---

1. Фамилия, имя, отчество ребенка:

---

2. Дата рождения:

---

3. Адрес места жительства или фактического пребывания:

---

4. Инвалидом не является, категория «ребенок-инвалид» (нужное подчеркнуть)

---

5. История заболевания (начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, проведенные лечебно-оздоровительные и реабилитационные мероприятия и их эффективность):

---

---

---

6. Анамнез жизни (перечисляются перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции, заболевания, по которым отягощена наследственность, дополнительно в отношении ребенка указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие)

---

---

---

7. Состояние ребенка (указываются жалобы, данные осмотра лечащим врачом и врачами других специальностей):

---

---

---

8. Результаты дополнительных методов исследования (указываются результаты проведенных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, психологических, функциональных и других видов исследований):

---

---

---

9. Масса тела (кг) \_\_\_\_\_, рост (м) \_\_\_\_\_, индекс массы тела: \_\_\_\_\_

---

10. Оценка физического развития: нормальное, отклонение (дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост, высокий рост) (нужное подчеркнуть).

11. Оценка психофизиологической выносливости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть).

12. Оценка эмоциональной устойчивости: норма, отклонение (нужное подчеркнуть)

13. Оториноларинголог:

14. Офтальмолог:

15. Хирург:

16. Невролог:

17. Психиатр:

18. Диагноз:

а) код основного заболевания по МКБ 10:

б) основное заболевание:

в) сопутствующие заболевания:

г) осложнения:

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Врач-педиатр:

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

Руководитель  
учреждения  
здравоохранения:

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

М.П.

Приложение 8  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

**Запрос у органов исполнительной власти, правоохранительных органов,  
организаций и граждан дополнительной информации сведений о ребенке,  
необходимых для осуществления деятельности ТПМПК\***

*форма*

\_\_\_\_\_ (официальное наименование ТПМПК, с указанием адреса местонахождения, контактного телефона и e-mail)

**ЗАПРОС № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.**  
**в \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ (полное наименование и адрес органа исполнительной власти, правоохранительного органа, организации, которые являются адресатом запроса)

Причина запроса руководителя ТПМПК в соответствующие органы/организации:  
(указать причины запроса с указанием ссылки на нормативный правовой акт)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, отчество ребенка, обследуемого на ТПМПК:

\_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Адрес регистрации по месту жительства (фактического проживания ребенка):

\_\_\_\_\_ Наименование образовательной организации с указанием класса/группы

\_\_\_\_\_ ФИО родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_

Приложение:

1. Документ или перечень документов, из которых требуется представление сведений о ребенке.
2. Событие (действие, состояние), о котором требуется представление сведений о ребенке.
3. Дополнительные документально подтвержденные сведения о ребенке медицинского или иного характера.

Руководитель ТПМПК \_\_\_\_\_  
М.П. (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

С запросом ознакомлен (а): \_\_\_\_\_  
Запрос для его передачи в соответствующие органы или организации получен мною на  
руки: да/нет \_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы)

\* Бланки запросов имеют сквозную нумерацию.

Оригинал запроса отправляется в адрес соответствующего органа или организации по почте.

В некоторых случаях по решению руководителя ТПМПК запрос может быть выдан родителю (законному представителю) ребенка на руки для его обращения в соответствующие органы или организации.

В этом случае родитель (законный представитель) должен расписаться на копии запроса в получении оригинала запроса.

Копия запроса хранится в карте ребенка.

Запрос заверяется подписью руководителя ТПМПК (уполномоченного лица).

Все записи в запросе вносятся четко и разборчиво (не допускаются зачеркивания и исправления).



**Приложение 9**  
**к Порядку работы Территориальной**  
**психолого-медико- педагогической комиссии**

**Согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя)**  
на основании ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями)

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**Настоящим даю свое согласие на обработку в ТПМПК своих персональных данных, к которым относятся:**

- данные, удостоверяющие личность (паспорт)
- данные о возрасте и поле; данные о гражданстве;
- адресная и контактная информация;
- сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использование в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-коммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Подтверждаю свое участие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – органам управления образования государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**ТПМПК гарантирует**, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован (а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен (а) с тем, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина)

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата \_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы)

Приложение 10  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической коми

**Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии на основании ФЗ № 152 от 27.07.2006 «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями)**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.ребенка)

На основании \_\_\_\_\_

(свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного № \_\_\_\_\_ -от \_\_\_\_\_)

**как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку в ТПМПК персональных данных ребенка, к которым относятся:**

- данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт)
- данные о возрасте и поле;
- данные о гражданстве;
- данные медицинской карты, полиса обязательного/ добровольного медицинского страхования;
- данные о прибытии и выбытии в/из образовательной организации;
- Ф.И.О. родителя/ законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
- сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
- форма получения образования ребенком;
- изучение русского (родного) и иностранных языков;
- сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
- данные психолого-педагогической характеристики;
- форма и результаты участия в ГИА;
- форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
- отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
- данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/ о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских исследований, медицинские заключения);
- сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества..

**Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:**

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;
- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
- учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными образовательными стандартами;

- учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
- учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- использование в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-коммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю свое участие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – органам управления образования государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**ТПМПК гарантирует**, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован (а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен (а) с тем, что ТПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка)  
подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

Дата \_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (фамилия, инициалы)

20208003/74027(1)

Приложение 11  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

В территориальную психолого-медико-  
педагогическую комиссию Асиновского района

\_\_\_\_\_ *(ФИО несовершеннолетнего полностью)*

\_\_\_\_\_ *(Домашний адрес, контактный телефон)*

Согласие несовершеннолетнего, достигшего возраста 15 лет,  
на медицинское обследование

Я, \_\_\_\_\_ *(ФИО полностью, дата рождения)*

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

\_\_\_\_\_ *(кем выдан, дата выдачи)*

даю добровольное согласие (не согласие) на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-  
(нужное подчеркнуть)  
медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде  
психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии  
здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в МКОУ ОШ ОВЗ  
№10 г.Асино. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической  
помощью являются врачебной тайной.

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

\_\_\_\_\_ *(дата оформления согласия)*

\_\_\_\_\_ *(подпись несовершеннолетнего с расшифровкой)*

Приложение 12  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

**Обязательство о неразглашении персональных данных лиц, обращающихся в  
Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию**

Я,

(ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный

\_\_\_\_\_ телефон, адрес электронной почты \_\_\_\_\_  
понимаю, что, являясь специалистом \_\_\_\_\_ психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_, получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в ТПМПК.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся в ТПМПК.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся в ТПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающимися в ТПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся в ТПМПК, а также информацию о (об) этих лицах:

- анкетные и биографические данные;
- состав семьи;
- паспортные данные;
- социальные льготы;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;
- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;
- состояние здоровья ребенка;
- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;
- заключение специалистов ТПМПК;
- рекомендации, полученные по результатам обращения в ТПМПК.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц в ТПМПК.

Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся в ТПМПК, я несу персональную ответственность в соответствии с Федеральным Законом «О персональных данных» от 27.06.2006 № 152-ФЗ.

Дата \_\_\_\_\_

Специалист ТПМПК \_\_\_\_\_

(должность)

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Приложение 13  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии



АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА  
(ТПМПК)**

Ленина ул., д.40, г.Асино, Томская область, 636840

Тел. (8 241) 2-29-53

E-mail: uprobr.asino@mail.ru

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Дата обследования «	»	20	Регистрационный № протокола
Фамилия, имя, отчество:			
Дата рождения ребенка:			
Адрес:			
Кем направлен на комиссию: (семьей, ДОУ, ОУ, другим учреждением)			
Образовательное учреждение, класс/группа:			
Сведения о родителях (законных представителях):			
<i>Заключение комиссии:</i>			
<b>Медицинский диагноз:</b> F G R H			
Интеллектуально-мнестическая сфера в пределах возрастной нормы			
<b>Особые мнения:</b>			
<b>Рекомендации комиссии:</b>			
<b>1. Определение условий получения образования:</b>			
Вид образовательной программы: общеобразовательная (начального/основного/среднего) общего образования			
Форма получения образования: очная, очно-заочная, с использованием ДОТ			
Условия получения образования: общеобразовательное учреждение			
<b>2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:</b>			
динамическое наблюдение			
специалистами ПМП(к)			
<b>Сроки повторного обследования на ТПМПК:</b> по завершению начальной ступени обучения			
<b>3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:</b>			
<b>Коррекционно – развивающая работа:</b>			
занятия с логопедом			
занятия с дефектологом			



занятия с психологом

занятия с социальным педагогом

**Специальные мероприятия или средовые условия:** ЛФК, логоритмика, лечебный

массаж, кинезиологические

упражнения/специальные дидактические материалы, в соответствии с потребностями ребенка/специальное оборудование

**Дополнительные условия:** разработка ИОП (индивидуальной образовательной программы),

разработка ИУП (индивидуального учебного плана), гибкий режим учебных и/или эмоциональных нагрузок

/посещение занятий в группе сверстников в ОУ

**Медикаментозное сопровождение:****Наблюдение узких специалистов:****Сопровождение ассистента (помощника):** требуется, не требуется**4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:** благоприятный, относительно-благоприятный

Члены ТПМПК:

**Учитель – дефектолог**

(олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)

подпись

расшифровка подписи

**Учитель – логопед**

подпись

расшифровка подписи

**Педагог – психолог**

подпись

расшифровка подписи

**Врач – психиатр**

подпись

расшифровка подписи

**Врач-педиатр**

подпись

расшифровка подписи

**Невролог**

подпись

расшифровка подписи

**Офтальмолог**

подпись

расшифровка подписи

**Оториноларинголог**

подпись

расшифровка подписи

**Социальный педагог**

подпись

расшифровка подписи

**Секретарь**

подпись

расшифровка подписи

**Руководитель ТПМПК**

подпись

расшифровка подписи

С заключением и рекомендациями ознакомлен (а): \_\_\_\_\_

С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а): \_\_\_\_\_

Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

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



АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА  
(ТПМПК)**

Ленина ул., д.40, г.Асино, Томская область, 636840

Тел. (8 241) 2-29-53

E-mail: [uprobr.asino@mail.ru](mailto:uprobr.asino@mail.ru)

**Справка о проведении консультации**

Дана (ФИО ребенка): \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Кем направлен на комиссию: (семьей, детским садом, школой, другим учреждением) \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение, класс/группа: \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителях): \_\_\_\_\_

в том, что он (а) « \_\_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_\_ г. был (а) на консультативном приеме ТПМПК  
номер № \_\_\_\_\_ записи в журнале учета детей и подростков, прошедших  
обследование на ТПМПК \_\_\_\_\_

Заключение комиссии: \_\_\_\_\_

**Медицинский диагноз:** \_\_\_\_\_

**Особые мнения:** \_\_\_\_\_

**Рекомендации комиссии:**

**1. Определение условий получения образования:**

Вид образовательной программы: \_\_\_\_\_

Форма получения образования: \_\_\_\_\_

Условия получения образования: \_\_\_\_\_

**2. Контроль за состоянием развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

**Сроки повторного обследования на ТПМПК:** \_\_\_\_\_

**3. Направления развития ребенка в рекомендованных ему условиях:**

**Коррекционно – развивающая работа:**

занятия с логопедом \_\_\_\_\_

занятия с дефектологом \_\_\_\_\_

занятия с психологом \_\_\_\_\_

занятия с социальным педагогом \_\_\_\_\_

**Специальные мероприятия или средовые условия:**

**Дополнительные условия:** \_\_\_\_\_

**Медикаментозное сопровождение:** \_\_\_\_\_

**Наблюдение узких специалистов:** \_\_\_\_\_

**Сопровождение ассистента (помощника):** \_\_\_\_\_

**4. Прогноз развития ребенка при выполнении данных выше рекомендаций:**

**Члены ТПМПК:**

<b>Учитель – логопед</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Педагог – психолог</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Врач – психиатр</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Врач-педиатр</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Невролог</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Офтальмолог</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Оториноларинголог</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Социальный педагог</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Секретарь</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Учитель – дефектолог</b> (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>Руководитель ТПМПК</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи
<b>С заключением и рекомендациями ознакомлен (а):</b>	_____	_____
<b>С результатами обследования согласен (а)/ не согласен (а):</b>	_____	_____
<b>Родитель (законный представитель)</b>	_____	_____
	подпись	расшифровка подписи

Приложение 15  
к Порядку работы Территориальной  
психолого-медико- педагогической комиссии

\_\_\_\_\_

(полное наименование организации в соответствии с уставными документами)

### ДОВЕРЕННОСТЬ

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

Настоящая доверенность выдана

\_\_\_\_\_ (ФИО, должность)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ (кем, когда)

проживающий \_\_\_\_\_  
(указать место жительства или регистрации)

в том, что ему (ей) поручается представлять на обследовании в ТПМПК интересы

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка, обследуемого в ТПМПК)  
связанные с \_\_\_\_\_

(предмет поручения)

а также уполномочивается совершать следующие действия:

- получать документы;
- подавать заявления;
- расписываться и совершать все действия и формальности, связанные с выполнением настоящего поручения.

Доверенность выдана « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действительна до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Образец подписи доверенного лица \_\_\_\_\_ удостоверяю.  
(Ф.И.О.) (подпись)

Руководитель организации \_\_\_\_\_  
М.П. (Ф.И.О.) (подпись)

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



АДМИНИСТРАЦИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ  
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ АСИНОВСКОГО РАЙОНА  
(ТПМПК)

Ленина ул., д.40, г.Асино, Томская область, 636840

Тел. (8 241) 2-29-53

E-mail: uprobr.asino@mail.ru

Сообщение об отказе в проведении обследования ребенка в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

Дата «     »     20     г.     Регистрационный номер сообщения \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Кем направлен на комиссию: (семьей, детским садом, школой, другим учреждением) \_\_\_\_\_

Образовательное учреждение, класс/группа: \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителях): \_\_\_\_\_

Причины, послужившие основанием для принятия решения об отказе в проведении обследования ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендации комиссии:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Члены ТПМПК:

Учитель – логопед

подпись

расшифровка подписи

Педагог – психолог

20208003/74027(1)

Учитель – дефектолог  
(олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог)

подпись

расшифровка подписи

подпись

расшифровка подписи

Врач – психиатр

подпись

расшифровка подписи

Врач-педиатр

подпись

расшифровка подписи

Невролог

подпись

расшифровка подписи

Офтальмолог

подпись

расшифровка подписи

Оториноларинголог

подпись

расшифровка подписи

Социальный педагог

подпись

расшифровка подписи

Секретарь

подпись

расшифровка подписи

Руководитель ТПМПК

подпись

расшифровка подписи

С отказом в проведении обследования  
ребенка в ТПМПК ознакомлен (а):

С выводами согласен (а)/ не согласен (а):

Родитель (законный представитель)

подпись

расшифровка подписи