

**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ НА
ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ
КОМИССИЮ ТАМБОВСКОГО РАЙОНА**

1. Заявление родителей (законных представителей).
2. Заверенная копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка.
3. Родителем (законным представителем) предоставляется документ, удостоверяющий его личность, а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка.
4. Согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя).
5. Согласие на обработку персональных данных ребенка.
6. Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту регистрации (заверенная печатью мед.организации и подписью руководителя).
7. Заключение врача-психиатра (на установленном бланке). На прием к психиатру иметь при себе: полис, паспорт законного представителя, свидетельство о рождении ребенка или паспорт, флюорография, выписку из истории развития ребенка, предыдущие копии заключений, характеристика, заключение консилиума, сведения об успеваемости. При отсутствии документов психиатр не принимает!!!!
8. Заверенные копии предыдущих заключений.
9. Педагогическая характеристика (заверенная печатью ОО и подписью руководителя).
10. Коллегиальное заключение ПМПк-консилиума образовательной организации (четкое, информативное).
11. Заверенные копии контрольных *по русскому языку и математике*.
12. Заверенная копия личной карты обучающегося.
13. Сведения об успеваемости ребенка (заверенные печатью ОО и подписью руководителя)
14. Согласие о передаче данных третьей стороне.

Дополнительно:

- 15 Для инвалидов: направление из МСЭ.

16 Для надомников: мед. заключение (на установленном бланке).

17 В случае отказа от ПМПК – заявление родителя (на установленном бланке)

Председателю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского района
Тамбовской области Борзых И.Н.

от _____
(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

(документ, удостоверяющий личность; серия, номер; выдан кем, когда)
регистрация по адресу: _____

тел.: _____
e-mail: _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) РЕБЕНКА,
ВКЛЮЧАЮЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА В
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ
КОМИССИИ ТАМБОВСКОГО РАЙОНА**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего
ребенка _____

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

(регистрация по месту жительства)

(адрес фактического проживания) ребенка)

в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского района Тамбовской области (далее-ТПМПК), при необходимости включающее запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования. Прошу предоставить мне заключение (копию) ТПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии), где разрешаю указать шифр международной классификации болезней (МКБ-10) и/или полное, развернутое заключение моего ребенка.

« _____ » _____ 201 _____ г.

_____/_____
подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу,
удостоверяющему личность
проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____, выданный _____,

телефон, e-mail _____
данные ребенка _____

ФИО ребенка полностью в именительном падеже

На основании _____
свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является
законным представителем подопечного № _____ от _____ как его (ее) законный
представитель настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии Тамбовского района Тамбовской области 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 образовательных организаций;
 - ◆ ФЛО 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 обследований, медицинские заключения);
 - ◆ сведения, содержащиеся в документах воинского учета.
- Обработка персональных данных обучающегося осуществляется

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, _____
ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

паспорт серия _____ № _____, выданный _____,
телефон, e-mail _____

настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского района Тамбовской области 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 правовых 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;
- ♦ использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных 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 отчётов по вопросам качества образования;
- ♦ обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие 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 - территориальным органам управления образованием, 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 РФ.

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского района Тамбовской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что в территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского района Тамбовской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в территориальную психолого-медико-педагогической комиссию Тамбовского района Тамбовской области письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского района Тамбовской области обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

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

Дата _____ Подпись _____

Наименование медицинской организации, выдавшей
медицинское заключение
Штамп с реквизитами или бланк

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Дата _____ № _____

_____ официальное наименование медицинской организации, адрес местонахождения, контактный телефон;

Ф.И.О. ребенка _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Дата рождения _____

Наименование образовательной организации, где обучается/ воспитывается ребенок _____

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) _____

Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов) _____

Акушерский анамнез матери:

а. беременность, которая по счету _____

б. чем завершились предыдущие роды _____

в. как протекала беременность _____

токсикоз (в какие сроки) _____

нефропатия (на каком месяце) _____

инфекции _____

травмы _____

Роды, которые по счету _____

а. преждевременные _____

б. в срок _____

в. переношенные _____

г. самопроизвольные _____

д. со стимуляцией _____

е. вспомогательные средства _____

ж. стремительные роды _____

Сведения о неонатальном развитии:

а. когда закричал _____

б. асфиксия _____

в. реанимация _____

г. оценка по шкале Апгар (8-10 баллов норма) _____

д. пренатальная энцефалопатия – указать _____

е. когда приложили к груди _____

ж. желтуха _____

з. на какие сутки выписан из роддома _____

Особенности психомоторного развития ребенка 1-го года жизни (темпы психомоторного

развития и др.):

а. когда стал держать голову _____

б. когда стал ходить _____

в. когда стал сидеть _____

г. когда стал произносить отдельные слова, фразы _____

д. время прорезывания молочных зубов _____

е. соматические заболевания _____

ж. информация о перенесенных заболеваниях (инфекционные заболевания) _____

Оценка актуального соматического состояния ребенка _____

Заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза
(каждая подпись заверяется личной печатью врача-специалиста):

Педиатр _____

Невропатолог _____

Хирург _____

Отоларинголог _____

Офтальмолог _____

Эндокринолог _____

Стоит ли на учёте (указать врача и заболевание):

Руководитель медицинского учреждения _____

М.П. Дата _____

Наименование медицинской организации, выдавшей
медицинское заключение
Штамп с реквизитами или бланк

Медицинское заключение № _____

о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса
в государственных образовательных организациях Тамбовской области для лиц с
ограниченными возможностями здоровья

Ф.И.О. ребенка/гражданина _____

Дата рождения _____

Регистрация по месту жительства _____

Наименование образовательной организации, где обучается
(воспитывается) ребенок/гражданин _____

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

Заключение: основной диагноз (*шифр МКБ или полный диагноз указывается с
письменного согласия гражданина, родителей (законных представителей)*)

Рекомендации по организации образовательного процесса

Подписи членов комиссии:

Председатель комиссии _____ Члены
комиссии (заверяются личной печатью каждого специалиста)

Дата « _____ » _____ 20 _____ год

Место печати медицинской организации

Наименование медицинской организации, выдавшей
медицинское заключение
Штамп с реквизитами или бланк

Медицинское заключение
(по результатам осмотра врачом-психиатром)

Ф.И.О. ребенка/гражданина _____

Дата рождения _____

Регистрация по месту жительства _____

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

Заключение: основной диагноз _____

Стоит ли на учете _____

Подпись врача-психиатра _____

(заверяется личной печатью специалиста)

Дата « _____ » _____ 20 _____ год

Место печати медицинской организации

Утверждаю

Ф.И.О. Руководителя образовательной организации

полное наименование образовательной организации

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

психолого-медико-педагогического консилиума

дата _____ 201____ года № _____

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____

Домашний адрес (по месту регистрации) _____

Образовательная организация _____

В данном ОО с _____ года.

Программа обучения: _____

(основание _____)

Форма обучения (индивидуальная, групповая) _____

Форма обучения: _____

на дому, основание _____

История обучения:

(не) посещал ДОО _____

(не) посещал группу дошкольной подготовки _____

Начал обучение в возрасте _____ (указать возраст на 1 сентября), в _____ году.

По какой программе начал обучение _____

Откуда поступил: (из семьи, из другого ОО) _____

Оставлялся ли на 2 год (да, нет, в каких классах) _____

Представлялся ли на ПМПК _____

№ и дата предыдущих заключений _____

Сведения о семье (полная, благополучная, состав семьи, наличие наследственных психических заболеваний) _____

Мать: возраст _____, образование _____, профессия _____

Отец: возраст _____, образование _____, профессия _____

Социальный статус ребенка: _____

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Фиксируются особенности аффективно-личностной сферы, доминирующая мотивационная стратегия. Заключение следует иллюстрировать конкретными примерами (указанием методик,

тестов). Диагностический вывод должен отражать мнение педагога-психолога и характеризовать степень соответствия (отставания) от возрастной нормы.

Формулировка диагностического вывода должна быть понятна специалистам ПМПк и оказывать помощь в определении образовательного маршрута.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Содержит информацию на указание автора использованного методического комплекса. В заключении характеризуется состояние:

1. устной речи (звукопроизношения, слоговой структуры слова, фонематических процессов, активного и пассивного словаря, словообразования и словоизменения, связного высказывания, возможности поддержания диалога).
2. Письменной речи (анализируется характер допускаемых ошибок).
3. Чтения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Социально-бытовая ориентация (относительно ОО) _____

2. Учебная мотивация (включая посещаемость, кол-во пропусков, основание) _____

3. Обучаемость (и принятие направляющей помощи) _____

4. Соответствие знаний, умений, навыков требованиям учебной программы (*с обязательным приложением сведений об успеваемости ребенка, заверенных печатью ОО и подписью руководителя ОО*)
русский язык (включая особенности письма и чтения) _____

- математика _____

- иностраный язык _____
5. Дополнительные сведения _____

Коллегиальное заключение ПМПк

Рекомендации ПМПк

Председатель ПМПк _____

подпись

расшифровка

Члены ПМПк _____
(с указанием _____
должности) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

отказываюсь от проведения комплексное психолого-медико-педагогического
обследования моего ребенка _____

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

(регистрация по месту жительства)

в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии
Тамбовского района Тамбовской области.

« _____ » _____ 201 _____ г.

подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

Подпись удостоверяю
Руководитель ОО

подпись руководителя ОО

расшифровка подписи

Председателю территориальной
ПМПК Тамбовского района
И.Н.Борзых

от _____ *ФИО*
_____ зарегистрированного по
адресу: _____
_____ контактный
телефон: _____ паспорт серия
_____ № _____ выдан

(дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ)

СОГЛАСИЕ
на передачу персональных данных третьей стороне

Я, _____ законный представитель
_____ (мать/отец/другое) _____ ребенка

_____, _____ посещающегося
общеобразовательную организацию: _____

ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных своих и своего несовершеннолетнего **включающих:** фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; контактные телефоны, данные о состоянии здоровья ребенка (физического и психического), заболеваниях, поведении; данные психологического, дефектологического, логопедического обследования ребенка и т.д.; документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя); документ, подтверждающий полномочия законного представителя; данные о месте работы родителя (законного представителя) в в Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение «Центр психолого-медико-педагогической диагностики и консультирования» для их обработки и составления единой базы данных.

« _ » _____ 20 ____ г.

(расшифровка)