



МУНИЦИПАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ  
ГОРОДСКОЙ ОКРУГ СУРГУТ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ

**ПРИКАЗ**

Департамент образования



1722311199119  
№12-03-129/5  
от: 27/02/2025

Об утверждении  
состава и порядка работы  
территориальной психолого-  
медико-педагогической комиссии  
города Сургута

В соответствии с частью 5 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказами Министерства просвещения Российской Федерации от 1 ноября 2024 года № 763 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», от 06.11.2024 №778 «Об утверждении типового порядка организации деятельности по оказанию психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, в том числе типового порядка деятельности центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», Департамента образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, от 25.02.2025 № 10-П-343 «Об утверждении форм документов, используемых в работе психолого-медико-педагогических комиссий Ханты-Мансийского автономного округа-Югры», решениями Думы г. Сургута от 29 апреля 2010 г. № 726-IV ДГ «О Положении о департаменте образования Администрации города», от 26.02.2025 №734 – VII ДГ «О реализации права органов местного самоуправления муниципального образования городской округ Сургут Ханты- Мансийского автономного округа - Югры на создание центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Создать территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию города Сургута в целях своевременного выявления детей, имеющих особенности физического и (или) психического развития и (или) отклонения в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического

обследования (далее – обследование) и подготовки по его результатам рекомендаций по организации обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций в составе согласно приложению 1.

2. Утвердить Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута согласно приложению 2.

2. Признать утратившим силу приказ департамента образования Администрации города от 08.09.2023 № 12-03-541/3 «Об утверждении составов и порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута».

3. Контроль за выполнением приказа возложить на заместителя директора департамента Соловей Л.Г.

И.о. директора  
департамента



Л.Г. Соловей

Состав  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута  
(далее-ТПМПК)

Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии	работник муниципального казенного учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр диагностики и консультирования» (далее – МКУ «ЦДиК»)
Заместитель руководителя территориальной психолого-медико-педагогической комиссии	работник МКУ «ЦДиК»
Учителя -логопеды	работники МКУ «ЦДиК»
Учителя-дефектологи	работники МКУ «ЦДиК»
Педагоги-психологи	работники МКУ «ЦДиК»
Социальные педагоги, секретари	работники МКУ «ЦДиК»
Учителя-логопеды	по согласованию с дошкольными образовательными организациями, общеобразовательными организациями, подведомственными департаменту образования (резервный состав)
Учителя-дефектологи (олигофренопедагоги, тифлопедагоги, сурдопедагоги)	по согласованию с дошкольными образовательными организациями, общеобразовательными организациями, подведомственными департаменту образования (резервный состав)
Педагоги-психологи	по согласованию с дошкольными образовательными организациями, общеобразовательными организациями, подведомственными департаменту образования (резервный состав)
Психиатр детский, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, педиатр, сурдолог	по согласованию с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Порядок работы  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города  
Сургута

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута (далее – Порядок) разработан в соответствии с приказами Министерства просвещения Российской Федерации от 1 ноября 2024 года № 763 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (далее – приказ № 763), от 06.11.2024 №778 «Об утверждении типового порядка организации деятельности по оказанию психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, в том числе типового порядка деятельности центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи», Департамента образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, от 25.02.2025 № 10-П-343 «Об утверждении форм документов, используемых в работе психолого-медико-педагогических комиссий Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

1.2. Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Сургута (далее – Комиссия) функционирует при Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, функции которого возложены на муниципальное казенное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи «Центр диагностики и консультирования» (далее – МКУ ЦДиК).

1.3. Комиссия действует в рамках полномочий, определенных Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763, настоящим Порядком и осуществляет деятельность в пределах территории муниципального образования городского округа Сургут Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

1.4. Деятельность Комиссии организована по адресу: 628403, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Сургут, улица 30 лет Победы, д. 7/2.

1.5. Информация о проведении обследования в Комиссии, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием в Комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия обследуемых и (или) их родителей (законных представителей) третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

1.6. Обследование детей и (или) консультирование специалистами Комиссии осуществляются бесплатно.

1.7. Комиссия имеет печать и бланк со своим наименованием согласно приложению 1 к Порядку.

1.8. Комиссия размещает в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (на портале «Учусь в Сургуте», официальной странице социальной сети «ВКонтакте» МКУ «ЦДиК» <https://vk.com/cdikurgut>), информационных стендах МКУ «ЦДиК» информацию об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы.

## 2. Цель и основные направления деятельности Комиссии

2.1. Цель деятельности Комиссии – выявление детей, имеющих особенности физического и (или) психического развития и (или) отклонения в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования и подготовки по его результатам рекомендаций по организации обучения и воспитания детей, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

2.2. Основными направлениями деятельности Комиссии являются:

а) проведение обследования детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов (далее - обследуемый) до окончания ими обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность (далее – Организация), в целях выявления у них особенностей физического и (или) психического развития и (или) отклонений в поведении;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по организации обучения и воспитания обследуемых, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) определение рекомендаций по организации индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении;

г) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) обследуемых, работникам Организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей с девиантным (общественно опасным) поведением;

д) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (далее - ИПРА);

е) осуществление учета данных об обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, о детях с девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности Комиссии;

ж) 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.

### 3. Организация деятельности Комиссии

3.1. Комиссию возглавляет руководитель, имеющий высшее образование не ниже уровня специалитета и (или) магистратуры по специальности, направлению подготовки «Образование и педагогические науки» («Специальное (дефектологическое) образование» или «Психолого-педагогическое образование»).

3.2. В состав Комиссии входят: педагог-психолог, учитель-дефектолог (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, социальный педагог, врач-педиатр, врач-терапевт, врач-офтальмолог, врач-оториноларинголог, врач-травматолог-ортопед, врач-психиатр. При необходимости в состав Комиссии включаются и другие специалисты.

Включение врачей в состав Комиссии осуществляется по согласованию с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Работники МКУ «ЦДиК», включенные в состав Комиссии, исполняют должностные обязанности в соответствии с должностными инструкциями.

3.3. Допускается привлечение к работе Комиссии педагогических работников (учителей-логопедов, учителей-дефектологов, педагогов-психологов) образовательных учреждений, подведомственных департаменту образования.

3.4. Персональный состав Комиссии (основной и резервный) утверждается приказом департамента образования ежегодно на новый учебный год.

3.5. Функции секретаря возлагаются на одного из членов Комиссии.

3.6. Конкретный состав специалистов Комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем Комиссии, исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого. Обследование проводят три состава Комиссии. График заседаний каждого состава формируется на календарный год ответственным лицом, назначенным приказом директора МКУ «ЦДиК». График утверждается директором МКУ ЦДиК по согласованию с курирующим заместителем директора департамента образования.

3.7. Комиссией ведется следующая документация (в бумажном и (или) электронном виде, в том числе с использованием информационной системы АИС ПМПК):

а) журнал записи на обследование по форме согласно приложению 2 к Порядку;

б) протокол обследования по форме согласно приложению 3 к Порядку.

в) журнал учета лиц, прошедших обследование, и учета выданных заключений Комиссии по форме согласно приложению 4 к Порядку;

г) личные дела (карты) лиц, прошедших обследование, по форме согласно приложению 5 к Порядку;

Журналы записи и учета хранятся 10 лет после окончания, личные дела

(карты) 10 лет после достижения детьми возраста 18 лет. По окончании срока хранения указанные документы уничтожаются в соответствии с локальными актами МКУ «ЦДиК».

#### 4. Порядок обследования

4.1. Обследование осуществляется Комиссией на основании заявления о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии (далее - заявление) родителя (законного представителя) обследуемого.

Заявление оформляется по форме согласно приложению 6 к Порядку, в котором подписью родителя (законного представителя) обследуемого заверяется факт ознакомления с порядком проведения обследования в Комиссии. Согласие родителя (законного представителя) обследуемого на обработку полученных в связи с обследованием персональных данных заверяется его подписью в бланке заявления, а также оформляется на отдельном бланке по форме согласно приложению 7 к Порядку.

4.2. Для проведения обследования в Комиссию одновременно с заявлением предоставляются следующие документы в бумажном или электронном виде:

а) копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;

б) копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документа, подтверждающего родство заявителя;

в) копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости);

г) направление Организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, других организаций оформленное по форме согласно приложению 8 к Порядку (при наличии);

д) постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на Комиссию (при наличии);

е) представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность, оформленное по форме согласно приложению 9 к Порядку;

ж) копия заключения (заключений) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии);

з) копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и ИПРА (при наличии);

и) медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения, выданное медицинской организацией по месту жительства (регистрации) обследуемого в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинское заключение оформляется медицинской организацией по форме согласно приложению 10 к Порядку. Медицинское заключение действительно для предоставления в комиссию в течение 6 месяцев со дня его оформления.

4.3. При проведении обследования родитель (законный представитель)

обследуемого предъявляет в Комиссию оригиналы документов, указанных в подпунктах "а" - "в" пункта 4.2. настоящего Порядка.

4.4. Во время проведения обследования в Комиссию родителем (законным представителем) обследуемого предъявляются копии диагностических и (или) контрольных работ обследуемого обучающегося, заверенные руководителем Организации, оригиналы рабочих тетрадей по русскому языку и математике, а для детей дошкольного возраста - результаты самостоятельной продуктивной деятельности.

4.5. При недостаточности сведений о состоянии здоровья обследуемого или в случае необходимости уточнения диагноза Комиссия вправе запросить в срок не позднее 5 рабочих дней со дня проведения обследования у родителя (законного представителя) обследуемого дополнительную информацию о состоянии здоровья обследуемого.

4.6. При недостаточности сведений об организации образовательного процесса обследуемого обучающегося и (или) при выявлении несоответствия его знаний требованиям образовательной программы Комиссия вправе запросить в срок не позднее 5 рабочих дней со дня проведения обследования у Организации дополнительную информацию (информацию о текущей успеваемости и результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копию личной карты обучающегося, копию приказа об обучении на дому (при наличии), индивидуальный учебный план (при наличии)).

4.7. Комиссия проводит обследование при наличии всех документов, указанных в пунктах 4.2. и 4.4. настоящего Порядка.

В случае организации обследования детей, прибывших с территорий Донецкой Народной Республики и Луганской Народной Республики, Херсонской области, Запорожской области, допускается отсутствие части или всех необходимых документов, указанных в пунктах 4.2. и 4.4. настоящего Порядка.

При обследовании Комиссией обеспечивается учет актуального психологического состояния конкретного ребенка.

4.8. Обследование проводится Комиссией в срок не позднее 2 месяцев со дня подачи заявления.

4.9. Обследование проводится:

а) в помещениях, где размещается Комиссия;

б) по месту проживания, лечения обследуемого (если обследуемый не может прибыть к месту проведения обследования) или по месту обучения обследуемого при организации выездного заседания Комиссии;

в) дистанционно (посредством видео-конференц-связи) по заявлению родителя (законного представителя) обследуемого.

4.10. В зависимости от задач проведения обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого обследование проводится каждым специалистом Комиссии индивидуально (последовательно) или несколькими специалистами одновременно.

4.11. Обследование проводится в присутствии родителей (законных

представителей) обследуемых.

4.12. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения Комиссии производятся в отсутствие обследуемого.

4.13. В ходе обследования каждым специалистом Комиссии ведется протокол обследования.

4.14. По результатам обследования Комиссия на бланке оформляет заключение и рекомендации (далее вместе - заключение Комиссии) по формам согласно приложению 11 к Порядку.

4.15. Заключение и протокол оформляются в день проведения обследования, в которых указываются фактически присутствующие на обследовании члены Комиссии.

4.16. В случае необходимости получения Комиссией дополнительной информации, предусмотренной пунктами 4.5. и 4.6. настоящего Порядка, срок оформления протокола и заключения Комиссии продлевается, но не более, чем на 15 рабочих дней со дня получения запрашиваемой информации.

4.17. В случае неполучения Комиссией дополнительной информации, предусмотренной пунктами 4.5. и 4.6. настоящего Порядка, в течение 60 календарных дней со дня направления запроса Комиссия вправе отказать в выдаче заключения.

4.18. Заключение Комиссии оформляется в двух экземплярах. Один экземпляр заключения (оригинал) выдается родителю (законному представителю) обследуемого под личную подпись в журнале учета выданных заключений. По заявлению родителя (законного представителя) (оформленному в свободной форме на имя руководителя Комиссии) обследуемого, заключение направляется по почте с уведомлением о вручении.

Второй экземпляр заключения Комиссии (оригинал) хранится в личном деле (карте) обследуемого.

4.19. Комиссией формируется личное дело (карта) обследуемого, включающее документы, указанные в пунктах 4.2., 4.4., 4.5. и 4.6. настоящего Порядка, протокол обследования Комиссии и оригинал заключения Комиссии.

4.20. Заключение Комиссии носит для родителей (законных представителей) обследуемых рекомендательный характер.

4.21. Представленное родителем (законным представителем) заключение Комиссии является основанием для Организаций, органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, для:

а) создания специальных условий для получения образования;

б) создания условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего, среднего общего образования;

в) создания условий проведения индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении.

4.22. Заключение Комиссии действительно для представления в органы,

Организации, указанные в пункте 4.21. настоящего Порядка, в течение 1 календарного года со дня его подписания.

4.23. Родители (законные представители) обследуемых имеют право:

- присутствовать при обследовании, обсуждении результатов обследования и вынесении Комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно выданных рекомендаций;

- получать консультации специалистов Комиссии по вопросам порядка проведения обследования в Комиссии и его результатов;

- в случае несогласия с заключением территориальной Комиссии обжаловать его в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – ЦПМПК), расположенную по адресу: г. Ханты-Мансийск, ул. Чехова, дом 12а; телефон 8 (3467) 38-83-36 (доб. 303, 306).

4.24. Информация о проведении обследования в Комиссии, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием в Комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия обследуемых и (или) их родителей (законных представителей) третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.25. Порядок обследования в дистанционном режиме

4.25.1. Обследование Комиссии, организованное дистанционно посредством использования информационно-коммуникационной сети «Интернет», осуществляется на образовательной платформе «Сферум».

4.25.2. Родители (законные представители) обследуемых предоставляют документы (указанные в п. 4.2., 4.4., 4.5. и 4.6. настоящего Порядка), необходимые для проведения обследования, включая письменную заявку на проведение обследования в дистанционном режиме (оформляется в свободной форме на имя руководителя Комиссии), по электронной почте, в отсканированном варианте, в том числе ZIP-архивом, защищенным паролем, отвечающим минимальным требованиям безопасности (например, пароль – телефон родителя (законного представителя)).

4.25.3. Прием документов от родителей (законных представителей) осуществляется, посредством электронной почты: e-mail: [cdik@admsurgut.ru](mailto:cdik@admsurgut.ru) При возникающих вопросах, за разъяснениями обращаться по телефонам: 8(3462)77-12-12, 77-12-10, 77-12-02.

4.25.4. После получения на адрес электронной почты МКУ «ЦДиК» заявки и пакета документов от родителей (законных представителей) на прохождение обследуемым обследования в дистанционном режиме, на адрес электронной почты родителя (законного представителя) направляются материалы и бланки следующих документов: заявление на прохождение обследования, согласие на обработку персональных данных, порядок проведения обследования в дистанционном режиме.

4.25.5 Рассмотрение заявки родителей (законных представителей) в Комиссии, изучение полученной документации, определение даты обследования и организации необходимых технических условий составляет

не более 3 рабочих дней с даты получения.

4.25.6. Информирование родителей (законных представителей) обследуемого о дате, времени, а также об их правах и правах обследуемого, связанных с проведением обследования, осуществляется Комиссией путем направления в их адрес сообщения посредством электронной почты: e-mail: [homanko\\_na@adinsurgut.ru](mailto:homanko_na@adinsurgut.ru).

4.25.7. При проведении дистанционного обследования Комиссией может осуществляться видеозапись, при наличии письменного согласия родителей (законных представителей).

4.25.8. При организации дистанционного обследования в Комиссии, по запросу родителей (законных представителей) обследуемого, необходимо по месту их нахождения (проживания) наличие:

а) технического оборудования (компьютер, ноутбук), с исправными камерой и микрофоном;

б) технической возможности выхода в сеть «Интернет»;

б) установки и подключения образовательной платформы «Сферум».

4.25.9. Перед проведением дистанционного обследования специалистами Комиссии проводится:

а) инструктаж родителей (законных представителей), включающий в себя, обсуждение технических требований, предъявляемых к оборудованию, необходимому для проведения обследования в дистанционном формате, а также возможности наличия по месту нахождения обследуемого необходимого дидактического материала (игрушки, книги, письменные принадлежности и др.); объяснение, насколько важно психологически подготовить обследуемого к самой процедуре: создать положительный эмоциональный настрой, благоприятную психологическую обстановку. Важно, чтобы обследуемый не испытывал проблем со здоровьем в день проведения обследования, а также, по возможности, был настроен на работу. Родителям (законным представителям) обследуемого постараться не волноваться самим и представить обследуемому предстоящее событие как некую игру, во время которой будет необходимо выполнять интересные задания; рекомендации родителям (законным представителям) во время обследования поддерживать своего ребенка, но не подсказывать и не отвлекать своими замечаниями; обсуждение возможной степени участия и вовлечения самих родителей (законных представителей) в процедуру обследования (исключительно по инициативе специалистов Комиссии); уточнение у родителей (законных представителей) причины обращения и другую необходимую информацию (готовность ребенка к общению или возможные трудности обследования);

б) тестовое подключение каналов связи до проведения обследования.

4.25.10. В случае отсутствия у родителей (законных представителей) условий согласно пункту 4.25.8. настоящего Порядка возможна организация дистанционного обследования в Комиссии с использованием ресурсов Организации, в которой обследуемый получает образование.

4.25.11. Процедура дистанционного обследования специалистами

Комиссии осуществляется в соответствии с пунктами 4.11. – 4.13. настоящего Порядка.

4.25.12. Специалисты Комиссии осуществляют дистанционное обследование, находясь в одном помещении с одного рабочего места с использованием технического оборудования. Рабочее место специалистов, участвующих в проведении дистанционного обследования, должно быть хорошо освещено, не иметь отвлекающих предметов, попадающих в поле зрения обследуемого, а также посторонних шумов. Специалисты Комиссии используют стимульный материал, с учетом особенности формата обследования (например, использование только четких и ярких картинок, увеличенного шрифта и т.д.).

4.25.13. Руководитель Комиссии:

а) по окончании обследования задает уточняющие вопросы, узнает мнение родителей (законных представителей);

в) организывает при повторном подключении в отсутствие обследуемого обсуждение с родителями (законными представителями) результатов обследования, мнений специалистов Комиссии, дает развернутую консультацию по результатам обследования и рекомендованным специальным условиям получения образования.

4.25.14. Секретарь Комиссии обеспечивает выдачу заключения родителям (законным представителям), обследуемого под подпись. Направляет заключение по электронной почте (ZIP-архивом, защищенным паролем) в день проведения обследования.

4.25.15. Родитель (законный представитель) обследуемого письменно подтверждает факт ознакомления с заключением Комиссии (поставив в бланке заключения, в графе «С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.» подпись с расшифровкой) и направляет подписанное заключение с учетом соблюдения конфиденциальности (ZIP-архивом, защищенным паролем, согласованным с секретарем Комиссии) по электронной почте секретаря Комиссии) в день проведения обследования.

4.25.16. В журнале учета лиц, прошедших обследование, и учета выданных заключений Комиссии в графе «Подпись родителя (законного представителя) секретарем Комиссии фиксируется информация о формате обследования, основании для проведения дистанционного обследования, факте ознакомления родителя (законного представителя) с рекомендациями Комиссии, полученного по электронной почте.

## 5. Взаимодействие

5.1. Комиссия в рамках своих полномочий организует работу во взаимодействии:

– с психолого-педагогическими консилиумами, педагогическими и руководящими работниками образовательных учреждений, подведомственных департаменту образования, и иными образовательными организациями;

– со специалистами департамента образования, муниципального

казенного учреждения «Управление дошкольными образовательными учреждениями»;

- со специалистами управления социальной защиты населения, опеки и попечительства по городу Сургуту и Сургутскому району Департамента социального развития Администрации города Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с представителями правоохранительных органов;

- со специалистами казенного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Агентство социального благополучия населения»;

- со специалистами отдела по организации работы комиссии по делам несовершеннолетних, защите их прав Администрации города;

- с социально ориентированными некоммерческими организациями города;

- с Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- со специалистами и врачебными комиссиями бюджетных учреждений здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре»;

- с образовательными организациями для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, подведомственными Департаменту образования и науки Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

- с ЦПМПК.

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ  
КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-  
педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И  
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут.  
Тюменская область, Ханты-Мансийский  
автономный округ - Югра, 628416.  
ИНН/КПП 8602190674 / 860201001  
ОКПО/ОГРН 38012081 / 8602020748  
Тел. 77-12-12; E-mail: cdik@admsurgut.ru

От \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Руководитель территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Исполнитель:  
ФИО, должность,  
тел. (3462) 77-12-12, 77-12-02  
дата



**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, 628403  
Тел. 77-12-12; E-mail: cdik@admsurgut.ru

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество  
(при наличии) обследуемого:
2. Пол обследуемого:
3. Дата рождения обследуемого  
(с указанием возраста на день обследования):
4. Место проведения обследования (*нужное подчеркнуть*): в помещениях, где размещается психолого-медико-педагогическая комиссия; по месту проживания и (или) лечения обследуемого; по месту обучения обследуемого; дистанционно (посредством видео-конференц-связи).
5. Обследование (*нужное подчеркнуть*): первичное, повторное.
6. Наличие инвалидности (*нужное подчеркнуть*): да, нет.
7. Инициатор обращения в психолого-медико-педагогическую комиссию (*нужное подчеркнуть*): родители (законные представители); организация, осуществляющая образовательную деятельность; организация здравоохранения; органы (организации) опеки; органы (организации) социальной защиты; комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав; суд; иная организация (указать, какая).
8. Адрес регистрации обследуемого:
9. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя):
10. Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей (*нужное подчеркнуть*): усыновление (удочерение), опека, попечительство, приемная семья, патронатная семья, пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.
11. Перечень документов, предоставленных на психолого-медико-педагогическую комиссию (*выбрать нужное*):

- заявление на проведение обследования;
- согласие на обработку персональных данных;
- копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;
- копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документа, подтверждающего родство обследуемого и заявителя;
- копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства;
- направление *(нужное подчеркнуть)*: организации, осуществляющей образовательную деятельность; организации, осуществляющей социальное обслуживание; медицинской организации; других организаций *(указать)*;
- постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на психолого-медико-педагогическую комиссию;
- копия заключения (заключений) психолого-медико-педагогической комиссии о результатах ранее проведенного обследования;
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности;
- копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида;
- представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося);
- медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения;
- иные документы или их копии *(указать)*: \_\_\_\_\_

12. Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый (указать наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, уровень образования, группу или класс обучения, форму получения образования):

13. Образовательная программа:

14. Заключение специалистов психолого-медико-педагогической комиссии.

14.1. \_\_\_\_\_ Педагог-психолог:

14.2. Учитель-логопед: \_\_\_\_\_

14.3. Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):

14.4. Социальный педагог: \_\_\_\_\_

14.5. Врач-педиатр (врач-терапевт): \_\_\_\_\_

14.6. Врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_

14.7. Врач-оториноларинголог: \_\_\_\_\_

14.8. Врач-травматолог-ортопед: \_\_\_\_\_

14.9. Врач-психиатр: \_\_\_\_\_

14.10. Иные специалисты (указать): \_\_\_\_\_

14.11. Заключение врачей в соответствии с представленным медицинским

закл<sup>ю</sup>чением: \_\_\_\_\_

15. Коллегиальное заключение (выводы) психолого-медико-педагогической комиссии (о нуждаемости обследуемого в создании специальных условий для получения образования (с указанием рекомендуемой образовательной программы); о нуждаемости обследуемого в создании условий и (или) специальных условий сдачи государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования (с указанием категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; о нуждаемости обследуемого в организации индивидуальной профилактической работы) \_\_\_\_\_

16. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации о состоянии здоровья обследуемого: \_\_\_\_\_

17. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации об организации образовательного процесса обследуемого: \_\_\_\_\_

18. Особое мнение специалистов психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии):

Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Секретарь территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Педагог-психолог:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Учитель-логопед:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Учитель-дефектолог:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Социальный педагог:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-педиатр:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-терапевт:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-офтальмолог:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-оториноларинголог:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-травматолог-ортопед:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Врач-психиатр:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)

Иные специалисты:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

(расшифровка. ФИО)



**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут, Тюменская область.  
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра. 628403  
Тел. 77-12-12; E-mail: cdik@admsurgut.ru

№ заключения \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
№ заключения \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
№ заключения \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
№ заключения \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
№ заключения \_\_\_\_\_ № протокола \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ЛИЧНОЕ ДЕЛО (КАРТА)**  
лица, прошедшего обследование

\_\_\_\_\_  
*Фамилия*

\_\_\_\_\_  
*Имя*

\_\_\_\_\_  
*Отчество*

Дата рождения \_\_\_\_\_

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя)*

Тел.: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

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

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)*

и представить мне заключение (рекомендации) о *(выбрать нужное)*:

- создании специальных условий для получения образования;
- создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;
- создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
- оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных".

С порядком проведения обследования в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии ознакомлен (ознакомлена)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(подпись                      родителя                      (законного  
представителя)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Уведомлен (уведомлена) о направлении заключений (рекомендаций) территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (выбрать нужное):

- в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой обучается обследуемый (при получении обучающимся образования);
- в исполнительный орган субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом);
- в орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом);
- в комиссию по делам несовершеннолетних (в случае проведения обследования по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав).

---

(подпись \_\_\_\_\_ родителя \_\_\_\_\_ (законного  
представителя)

---

(дата)

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обследуемого)*

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

*(вид основного документа, удостоверяющего личность)*

выдан \_\_\_\_\_

*(орган и дата выдачи)*

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

*(адрес, фактического проживания)*

действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

*(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)*

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, а также персональных данных моего ребенка

\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

*(вид основного документа, удостоверяющего личность)*

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности,

*(полное наименование территориальной психолого-медико-педагогической комиссии)*

с местом нахождения по адресу: 628403, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, город Сургут, улица 30 лет Победы, дом 7/2,

и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссии комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по организации обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Подтверждаю согласие на следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес территориальной психолого-медико-педагогической комиссии с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме

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

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(ФИО руководителя направляющей организации,*

*должность)*

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссией г. Сургута**

\_\_\_\_\_  
*(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность,  
социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации)*

*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. обследуемого, дата рождения)*

на обследование специалистами территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии \_\_\_\_\_ с целью  
(в \_\_\_\_\_ связи \_\_\_\_\_) с)

Приложение: \_\_\_\_\_

*Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления  
в ТПМК.*

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

Руководитель организации

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*

М.П.

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ**

**психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность**

Фамилия, имя, отчество *(при наличии)* \_\_\_\_\_  
обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения обучающегося: \_\_\_\_\_

1. Общие сведения. \_\_\_\_\_

1.1. Группа или класс обучения на день подготовки представления: \_\_\_\_\_

1.2. Дата зачисления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность: \_\_\_\_\_

1.3. Наименование и вариант *(при наличии)* образовательной программы, по которой организовано образование обучающегося: \_\_\_\_\_

1.4. Форма получения образования *(выбрать нужное)*:

в организации, осуществляющей образовательную деятельность (в группе комбинированной направленности, в группе компенсирующей направленности, в группе общеразвивающей направленности, в группе оздоровительной направленности, в общеобразовательном классе, в инклюзивном классе, в отдельном (коррекционном) классе для обучающихся с *(указать категорию обучающихся с ограниченными возможностями здоровья)*, на дому, в медицинской организации, в иной группе или классе *(указать, какой)* *(выбрать нужное)*;

вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования, в форме самообразования *(выбрать нужное)*).

1.5. Использование при реализации образовательной программы электронного обучения, дистанционных образовательных технологий *(выбрать нужное)*:

да;

нет.

1.6. Использование сетевой формы реализации образовательной программы *(выбрать нужное)*:

да;

нет.

1.7. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (*указать причину*), перевод в другой класс, замена учителя начальных классов (однократная, повторная (*выбрать нужное*)), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией; обучение на основе индивидуального учебного плана; обучение на дому; повторное обучение в классе; наличие частых и (или) хронических заболеваний; частые пропуски учебных занятий; иное (*указать*) (*выбрать нужное*).

1.8. Состав семьи (*указать, с кем проживает обучающийся, родственные связи, наличие братьев и (или) сестер*).

1.9. Трудности, переживаемые в семье: материальные; в связи с бракоразводным процессом; в связи с переездом в другой город или страну; плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи; низкий уровень образования одного или нескольких членов семьи; проживание с одним или несколькими членами семьи с антисоциальным поведением и (или) психическими расстройствами (*выбрать нужное*);

2. Сведения об условиях и результатах обучения:

2.1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося **на момент поступления** в организацию, осуществляющую образовательную деятельность (*указать в соотношении с возрастными нормами развития*).

2.2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося **на момент подготовки** представления (*указать в соотношении с возрастными нормами развития*).

2.3. Характеристика динамики познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося за \_\_\_\_\_ (*указать период*).

2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_ (*указать период*).

2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (*указать соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям федеральной основной образовательной программы, в том числе адаптированной, или, для обучающегося по программе дошкольного образования - достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного общего образования, среднего общего образования, профессионального образования - достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях*).

2.6. Индивидуальные особенности обучающегося, влияющие на результат обучения (*указываются особенности: мотивации к обучению; коммуникации с педагогами и одноклассниками; ситуации, в которых возникает эмоциональная напряженность; уровень истощаемости и иные особенности обучающегося*).

2.7. Отношение семьи к трудностям обучающегося.

2.8. Организация коррекционно-развивающей и психолого-педагогической помощи для обучающегося (*указываются: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов*).

2.9. Характеристики взросления (*указываются: характер занятости во внеучебное время; отношение к учебе; отношение к педагогическому воздействию; характер и значимость общения со сверстниками; значимость виртуального общения; способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих; самооценка; особенности психосексуального развития (при наличии); религиозные убеждения (при наличии, с указанием характера проявления (навязывает другим, или не*

актуализирует) жизненные планы и профессиональные намерения).

2.10. Характеристика поведенческих девиаций (указывается: совершенные в прошлом или текущие правонарушения; наличие самовольных уходов из дома и (или) бродяжничества; проявления агрессии (физической и (или) вербальной); склонность к насилию; отношение к курению, алкоголю, наркотикам и иным психоактивным веществам); сквернословие; отношение к компьютерным играм; повышенная внушаемость; дезадаптивные черты личности).

2.11. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы.

2.12. Дополнительная информация (указывается: хобби, увлечения, интересы; принадлежность к молодежной субкультуре (субкультурам)).

2.13. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута обучающегося, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и (или) условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Приложение: (сведения о текущей успеваемости, о результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копия приказа об организации обучения на дому и (или) в медицинской организации).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(дата составления представления)

Руководитель организации,  
осуществляющей образовательную  
деятельность:

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка, ФИО)

Председатель психолого-педагогического  
консилиума (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка, ФИО)

Члены психолого-педагогического  
консилиума или специалист  
(специалисты), осуществляющие  
психолого-педагогическое  
сопровождение обучающегося

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка, ФИО)

МП

**Медицинское заключение,**  
содержащее информацию о состоянии здоровья, результатах медицинских обследований и  
(или) лечения, выданное медицинской организацией по месту жительства (регистрации)

**Фамилия, имя, отчество ребенка** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Возраст** \_\_\_\_\_

**1. Анамнестические сведения** (заполняется врачом-педиатром)

Наследственная отягощенность (указать наличие наследственных заболеваний в семье, психические заболевания, вредные привычки родителей: алкоголизм, наркомания и др.) \_\_\_\_\_

Беременность (по счету) \_\_\_\_\_ Течение беременности \_\_\_\_\_

Роды (по счету) \_\_\_\_\_ Срок \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Оценка по Апгар \_\_\_\_\_  
Особенности протекания родов \_\_\_\_\_

Особенности протекания неонатального периода  
Раннее психомоторное развитие (сроки появления показателей) голову держит \_\_\_\_\_ сидит \_\_\_\_\_  
стоит \_\_\_\_\_ ходит \_\_\_\_\_ гуление \_\_\_\_\_ лепет \_\_\_\_\_ первые слова \_\_\_\_\_  
простая фраза \_\_\_\_\_ развернутая фраза \_\_\_\_\_  
Особенности раннего развития \_\_\_\_\_

**Заключения врачей, у которых ребенок состоит на диспансерном  
учёте** \_\_\_\_\_

**Перенесенные заболевания** (инфекции, интоксикации, травмы; соматические, эндокринные, нервно-психические, аллергические, иные расстройства; гипотрофии, гиповитаминозы и др., при первичном обращении – от рождения до момента обращения в ТПМПК; при повторном обращении – с даты предыдущего обращения в ТПМПК до настоящего времени) \_\_\_\_\_

**Дополнительная информация о ребенке, в том числе сведения о наличии  
инвалидности** \_\_\_\_\_

**2. Заключения специалистов**

**Офтальмолог** (диагностические данные о состоянии органов зрения, результаты измерения глазного дна и динамике имеющихся заболеваний) \_\_\_\_\_

**Оториноларинголог** (диагностические данные о состоянии физического слуха и лор-органов, сохранность физического слуха и динамике имеющихся заболеваний) \_\_\_\_\_

**Ортопед** (обследование рекомендовано для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата) \_\_\_\_\_

**Педиатр** (диагностические данные об общем соматическом состоянии) \_\_\_\_\_

**Невролог** (диагностические сведения о неврологическом состоянии и динамике имеющихся неврологических отклонений) \_\_\_\_\_

**Психиатр** (с указанием состояния интеллекта или других расстройств по МКБ-10) БУ ХМАО-Югры  
«Сургутская клиническая психоневрологическая больница» \_\_\_\_\_

**Медицинское заключение действительно для предоставления в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию в течение 6 месяцев со дня его оформления**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, 628403  
Тел. 77-12-12; E-mail: [cdik@admsurgut.ru](mailto:cdik@admsurgut.ru)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

о создании специальных условий для получения образования

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

**Заключение:** нуждается (не нуждается) в создании специальных условий для получения образования.

- **Образовательная программа:** указывается наименование рекомендованной образовательной программы
- **Вариант образовательной программы:** указывается вариант рекомендованной образовательной программы
- **Уровень образования:** указывается уровень образования в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"
- **Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:** указывается "да" или "нет"
- **Предоставление услуг ассистента (помощника):** указывается «да» или "нет"
- **Специальные методы обучения:** указывается "в соответствии с рекомендованной образовательной программой" или иное
- **Специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы:** указывается "в соответствии с рекомендованной образовательной программой" или иное
- **Специальные технические средства обучения:** указывается "в соответствии с рекомендованной образовательной программой" или иное
- **Обеспечение доступа в здания и помещения:** указывается «требуется» или "не требуется"
- **Предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь:** указывается "требуется" или "не требуется"
- **Предоставление тьюторского сопровождения:** указывается «требуется» или "не требуется"

**Направления коррекционной работы:**

- Педагог-психолог: \_\_\_\_\_
- Учитель-логопед: \_\_\_\_\_
- Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог): \_\_\_\_\_

- Социальный педагог: \_\_\_\_\_
- Другие условия: \_\_\_\_\_

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

- Особые рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_

**Срок проведения обследования с целью подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций:** \_\_\_\_\_

Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Секретарь территориальной психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Социальный педагог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-педиатр: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-терапевт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-оториноларинголог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-травматолог-ортопед: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-психиатр: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Иные специалисты: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

**Дата выдачи заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:** \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись родителя (законного представителя)) (расшифровка. ФИО)

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, 628403  
Тел. 77-12-12; E-mail: [cdik@admsurgut.ru](mailto:cdik@admsurgut.ru)

**РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ**

создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Условия организации индивидуальной профилактической работы:** \_\_\_\_\_

**Направления коррекционной работы:**

- **Педагог-психолог:** \_\_\_\_\_
- **Учитель-логопед:** \_\_\_\_\_
- **Социальный педагог:** \_\_\_\_\_
- **Другие** \_\_\_\_\_ **условия:** \_\_\_\_\_

Руководитель территориальной психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Секретарь территориальной психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Социальный педагог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-педиатр: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-терапевт: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-офтальмолог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-оториноларинголог: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-травматолог-ортопед: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Врач-психиатр: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

Иные специалисты: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка. ФИО)

**Дата выдачи рекомендаций территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:** \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись родителя (законного представителя)) (расшифровка. ФИО)

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
**«ЦЕНТР ДИАГНОСТИКИ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ»**  
ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ  
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ  
КОМИССИЯ  
ул. 30 лет Победы, д. 7/2, г. Сургут, Тюменская область,  
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра. 628403  
Тел. 77-12-12; E-mail: [cdik@admsurgut.ru](mailto:cdik@admsurgut.ru)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

о создании специальных условий для получения образования

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_

**Обучающийся (обучающаяся) \_\_\_\_\_ класса**

**Заключение:** по результатам психолого-педагогической диагностики с учетом представленных в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию документов обучающийся (обучающаяся) нуждается (не нуждается) в создании условий и (или) специальных условий при проведении *(нужное подчеркнуть)*:

- итогового собеседования по русскому языку, государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования
- итогового сочинения (изложения), государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования.

Основание для создания условий при проведении государственной итоговой аттестации:

- обучающийся ребенок-инвалид, инвалид (справка бюро медико-социальной экспертизы № \_\_\_\_\_ на срок до \_\_\_\_\_);
- обучающийся с ограниченными возможностями здоровья (заключение психолого-медико-педагогической комиссии № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_);
- обучающийся на дому, в медицинской организации (медицинское заключение от № \_\_\_\_\_).

**Рекомендованные условия проведения государственной итоговой аттестации *(нужное подчеркнуть)*:**

- 1) проведение государственной итоговой аттестации в форме ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме по желанию;
- 2) беспрепятственный доступ участников государственной итоговой аттестации в аудитории, туалетные и иные помещения, а также их пребывание в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов (при отсутствии лифтов аудитория располагается на первом этаже), наличие специальных кресел и других приспособлений);
- 3) увеличение продолжительности итогового собеседования, продолжительности выполнения заданий контрольно-измерительных материалов основного государственного экзамена по иностранным языкам, требующих предоставления участниками основного государственного экзамена устных ответов, - на 30 минут (только для государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования);

4) увеличение продолжительности выполнения заданий контрольно-измерительных материалов единого государственного экзамена по иностранным языкам, требующих предоставления участниками экзаменов устных ответов, - на 30 минут (только для государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования);

5) увеличение продолжительности итогового сочинения (изложения), экзаменов по учебным предметам - на 1,5 часа;

6) организация питания и перерывов для проведения необходимых лечебных и профилактических мероприятий во время проведения экзамена.

**Рекомендованные специальные условия проведения государственной итоговой аттестации (нужное подчеркнуть):**

1) присутствие ассистентов, оказывающих указанным лицам необходимую техническую помощь с учетом состояния их здоровья, особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей, помогающих им передвигаться и ориентироваться в пункте проведения экзамена, занять рабочее место, прочитать задания, заполнить регистрационные поля бланков, в том числе дополнительных бланков, перенести ответы на задания контрольно-измерительных материалов в бланки, в том числе дополнительные бланки;

2) использование на экзамене необходимых для выполнения заданий технических средств;

3) оборудование аудитории для проведения экзамена звукоусиливающей аппаратурой как коллективного, так и индивидуального пользования (для слабослышащих участников экзаменов);

4) привлечение при необходимости ассистента-сурдопереводчика (для глухих и слабослышащих участников экзаменов);

5) оформление контрольно-измерительных материалов рельефно-точечным шрифтом Брайля или в виде электронного документа, доступного с помощью компьютера; выполнение письменной экзаменационной работы рельефно-точечным шрифтом Брайля в специально предусмотренных тетрадях или на компьютере; обеспечение достаточным количеством специальных принадлежностей для оформления ответов рельефно-точечным шрифтом Брайля, компьютером (для слепых участников экзаменов);

6) копирование в увеличенном размере экзаменационных материалов в день проведения экзамена в аудитории в присутствии члена государственной экзаменационной комиссии; обеспечение аудиторий для проведения экзаменов увеличительными устройствами (лупа или иное увеличительное устройство); индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс (для слабовидящих участников экзаменов);

7) выполнение письменной экзаменационной работы на компьютере по желанию.

**Организация пункта проведения экзамена:** *указывается - в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в медицинской организации, по месту проживания (на дому).*

**Иные рекомендации:** \_\_\_\_\_

Руководитель территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка. ФИО)

Секретарь территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии:

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка. ФИО)

Педагог-психолог:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Учитель-логопед:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Учитель-дефектолог:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Социальный педагог:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-педиатр:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-терапевт:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-офтальмолог:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-оториноларинголог:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-травматолог-ортопед:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Врач-психиатр:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)
Иные специалисты:	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка. ФИО)

**Дата выдачи заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии:** \_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

_____ / _____ / (подпись родителя (законного представителя)) (расшифровка. ФИО)
--