



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

АДМИНИСТРАЦИЯ ГОРОДА

ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ

**ПРИКАЗ**

Департамент образования



Об утверждении состава  
и порядка регламентации  
деятельности 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. Утвердить состав территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута согласно приложению 1.
2. Утвердить Порядок регламентации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута согласно приложению 2.

2. Признать утратившим силу приказы департамента образования Администрации города от 27.02.2025 № 12-03-129/5 «Об утверждении состава и порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута», от 14.03.2025 № 12-03-171/5 «О внесении изменений в приказ департамента образования от 27.02.2025 № 12-03-129/5 «Об утверждении состава и порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Сургута».

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

Директор департамента



И.П. Замятина

# 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  
регламентации деятельности  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города  
Сургута

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок регламентации деятельности 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» и регламентирует деятельность территориальной психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города Сургута (далее – Комиссия) создана и 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) и обеспечивает 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.

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.

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

5. Информация об основных направлениях деятельности, месте нахождения,

порядке и графике работы Комиссии размещается в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (на портале «Учусь в Сургуте», официальной странице социальной сети «ВКонтакте» МКУ «ЦДиК» <https://vk.com/cdiksurgut>), информационных стендах МКУ «ЦДиК».

6. Комиссия осуществляет деятельность с целью и по основным направлениям, обозначенным в Положении о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763.

7. Комиссия в рамках своих полномочий осуществляет взаимодействие:

- 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 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.

## II. Организация деятельности Комиссии

8. Комиссия осуществляет деятельность в соответствии с режимом работы МКУ «ЦДиК».

9. Состав Комиссии формируется из числа работников МКУ «ЦДиК». 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.

10. Персональные составы Комиссии (основной и резервный) формируются МКУ «ЦДиК» и утверждаются приказом департамента образования ежегодно на новый учебный год.

12. Функции секретаря возлагаются на эксперта (социального педагога) МКУ «ЦДиК», включенного в состав Комиссии.

13. Из членов Комиссии для проведения обследования, формируются три состава. В каждый состав включаются: эксперт (педагог-психолог), эксперт (учитель-логопед), эксперт (учитель-дефектолог), эксперт (социальный педагог). Каждый состав возглавляет руководитель. График заседаний каждого состава формируется ежемесячно секретарями Комиссии, утверждается директором МКУ ЦДиК по согласованию с курирующим заместителем директора департамента образования.

14. Допускается привлечение к работе в Комиссии педагогических работников (учителей-логопедов, учителей-дефектологов, педагогов-психологов, социальных педагогов) образовательных учреждений, подведомственных департаменту образования (по согласованию).

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

16. Деятельность Комиссии осуществляется в соответствии с документацией, определенной Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763, по формам, согласно приложению 2 к Порядку.

17. Журналы записи и учета хранятся 10 лет после окончания, личные дела (карты) - 10 лет после достижения обследуемыми возраста 18 лет. По окончании срока хранения указанные документы уничтожаются в соответствии с локальными актами МКУ «ЦДиК».

18. Предварительная запись на обследование в Комиссии осуществляется очно (с понедельника по пятницу с 9.10 до 12.50 и с 14.10 до 16.50), консультирование проводится по телефонам: 8(3462) 77-12-12; 77-12-03.

### III. Организация обследования

19. При организации и проведении обследования Комиссия руководствуется Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763.

20. Обследование осуществляется Комиссией на основании заявления родителя (законного представителя) обследуемого, оформленного по форме согласно приложению 3 к Порядку.

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 4 к Порядку.

21. Для проведения обследования в Комиссию одновременно с заявлением предоставляются документы (в бумажном или электронном виде) в соответствии с перечнем согласно приложению 5 к Порядку, по формам согласно приложению 6 к Порядку. Комиссия проводит обследование при наличии всех документов.

22. Перечень документов, необходимых для проведения обследования

Комиссией, и их формы размещаются на информационных стендах МКУ «ЦДиК», официальной странице социальной сети «ВКонтакте» <https://vk.com/cdikisurgut>.

23. При недостаточности сведений о состоянии здоровья обследуемого или в случае необходимости уточнения диагноза Комиссия вправе запросить у родителя (законного представителя) обследуемого дополнительную информацию о состоянии здоровья обследуемого в сроки, установленные Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763.

24. 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 приложении 5 к Порядку.

При обследовании Комиссией обеспечивается учет актуального психологического состояния конкретного ребенка.

25. Заседание Комиссии в отношении обследуемого может проводиться в помещениях, где размещается Комиссия, по месту его проживания, лечения (если он не может прибыть к месту проведения обследования), по месту его обучения (при организации выездного заседания Комиссии, по согласованию с родителями (законными представителями) обследуемого и руководителем образовательного учреждения), дистанционно (посредством видео-конференц-связи) по письменной заявке родителя (законного представителя).

26. Обследование проводится в присутствии родителей (законных представителей) обследуемых. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения Комиссии производятся в отсутствие обследуемого.

27. По результатам обследования Комиссия выдает родителям (законным представителям) обследуемого оригинал заключения, оформленного по формам согласно приложению 7 к Порядку. Заключение оформляется в день проведения обследования, в котором указываются фактически присутствующие на обследовании члены Комиссии. По заявлению родителя (законного представителя) (оформленному в свободной форме на имя руководителя Комиссии) обследуемого, заключение направляется по почте с уведомлением о вручении.

28. В случае неполучения Комиссией дополнительной информации, предусмотренной пунктом 23 настоящего Порядка, в течение 60 календарных дней со дня направления запроса Комиссия вправе отказать в выдаче заключения.

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

30. Представленное родителем (законным представителем) заключение Комиссии в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, является основанием для создания специальных условий для получения образования (проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего, среднего общего образования, проведения индивидуальной профилактической работы

с несовершеннолетними, находящимися в социально опасном положении) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, инвалидами (детьми-инвалидами), в соответствии с законодательством в сфере образования.

31. Заключение Комиссии действительно для представления в организации, осуществляющие образовательную деятельность, в иные органы, определенные Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом № 763 в течение одного календарного года со дня его подписания. Допускается предоставление родителями (законными представителями) заключения психолого-медико-педагогической комиссии других субъектов Российской Федерации при условии соблюдения срока его действия.

32. 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);

- в случае утраты (потери) заключения Комиссии обратиться с письменным заявлением на имя руководителя Комиссии о предоставлении дубликата заключения.

33. 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.

34. Порядок обследования в дистанционном режиме.

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

34.2. Родители (законные представители) обследуемых предоставляют документы, указанные в приложении 5 к Порядку, 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)).

34.3. 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.

34.4. После получения на адрес электронной почты МКУ «ЦДиК» заявки и пакета документов от родителей (законных представителей) на прохождение 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, настоящий Порядок проведения обследования.

34.5 Срок рассмотрения заявки родителей (законных представителей) в Комиссии, изучение полученной документации, определение даты обследования и организация необходимой работы по созданию технических условий составляет не более 3 рабочих дней с даты получения.

34.6. 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@admsurgut.ru](mailto:homanko_na@admsurgut.ru).

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

34.8. 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».

34.9. 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 обеспечения по месту нахождения обследуемого необходимым дидактическим материалом (игрушки, книги, письменные принадлежности и др.);

- объяснение важности психологической подготовки обследуемого к самой процедуре: создание положительного эмоционального настроя, благоприятной психологической обстановки; важности хорошего самочувствия в день проведения обследования, позитивного настроя на работу;

- рекомендации по подготовке ребенка (при необходимости) к предстоящему обследованию как некой игре, во время которой будет необходимо выполнять интересные задания; поддержке своего ребенка во время обследования,

исключающей подсказки и замечания; обсуждению возможной степени участия и вовлечения их самих с в процедуру обследования (исключительно по инициативе специалистов Комиссии);

б) тестовое подключение каналов связи до проведения обследования.

34.10. В случае отсутствия у родителей (законных представителей) условий согласно пункту 35.8. настоящего Порядка возможна организация дистанционного обследования в Комиссии с использованием ресурсов Организации, в которой обследуемый получает образование.

34.11. 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.

34.12. Руководитель Комиссии:

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

в) организовывает 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.

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

34.14. 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.

34.15. 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.

Приложение 1  
к порядку регламентации  
деятельности  
территориальной психолого-  
медико-педагогической  
комиссии города Сургута

**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](mailto:cdik@admsurgut.ru)

## Журнал записи на обследование

начат:

ОКОНЧЕН:

[illegible]

**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 заключением: \_\_\_\_\_

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) |

[illegible]

**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  
г. Сургута

\_\_\_\_\_  
ФИО руководителя комиссии

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

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

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)

**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

**Перечень  
документов, предоставляемых заявителями  
для проведения обследования в Комиссии**

- 1) Оригинал и копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;
- 2) Оригинал и копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документа, подтверждающего родство заявителя;
- 3) Оригинал и копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости);
- 4) Оригинал направления Организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, других организаций оформленное по форме согласно приложению 6 к Порядку (при наличии);
- 5) Оригинал (копию) постановления комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на Комиссию (при наличии);
- 6) Оригинал представления психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность, оформленное по форме согласно приложению 6 к Порядку;
- 7) Копию заключения (заключений) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии);
- 8) Копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и ИПРА (при наличии);
- 9) Оригинал медицинского заключения, 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 6 к Порядку. Медицинское заключение действительно для предоставления в комиссию в течение 6 месяцев со дня его оформления.
- 10) 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.

к порядку регламентации  
деятельности территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии города Сургута

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 ТПМПК.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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 (*указывается: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов*).

2.9. Характеристики взросления (*указывается: 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 условий при проведении государственной итоговой  
аттестации, процедур допуска к государственной итоговой аттестации  
по образовательным программам основного общего/среднего  
общего образования

Протокол от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество обследуемого: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Обучающийся: \_\_\_\_\_ класса

Наименование \_\_\_\_\_ образовательной \_\_\_\_\_ организации:

Обследование \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ ПМПК \_\_\_\_\_ проводится \_\_\_\_\_ первично/повторно:

Обучающийся (несовершеннолетний/совершеннолетний) является/не является  
лицом \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ ограниченными \_\_\_\_\_ возможностями \_\_\_\_\_ здоровья:

**Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть)** для создания условий при проведении  
итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), ГИА по  
образовательным программам основного общего образования, ГИА по образовательным  
программам среднего общего образования

Справка МСЭ (при наличии) № \_\_\_\_\_ на срок до \_\_\_\_\_

Заключение ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка  
(при наличии) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Медицинское заключение (при наличии) № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Основания для выбора формы ГИА (имеются/не имеются)

Основания для организации пункта проведения экзаменов (ППЭ), места  
проведения итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения  
(изложения), \_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_ дому \_\_\_\_\_ (имеются/не имеются)

— (указать: категорию участников экзаменов: участники с ОВЗ, участники – дети-инвалиды, инвалиды, лица, обучающиеся по состоянию здоровья на дому, в образовательных организациях, в том числе санаторно-курортных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, наличие медицинского заключения, место расположения ППЭ для организации ГИА: на дому, медицинские, образовательные организации, в том числе санаторно-курортные, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, в соответствии с пунктами 49 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 58 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552).

Основания для создания условий (имеются/не имеются) \_\_\_\_\_

**Условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** (указать конкретные условия для лиц с ОВЗ без инвалидности с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в соответствии с пунктами 50 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 59 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):

**Основания для создания специальных условий (имеются/не имеются)**

**Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** (указать конкретные специальные условия с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в зависимости от состояния здоровья, особенностей психофизического развития в соответствии с пунктами 51 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 60 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):

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)