****

**АДМИНИСТРАЦИЯ РУЗСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА**

**МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Об утверждении Порядка организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Рузского городского округа Московской области**

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», руководствуясь Уставом Рузского городского округа Московской области, Администрация Рузского городского округа постановляет:

1. Утвердить Порядок организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Рузского городского округа Московской области (прилагается).

2. Опубликовать настоящее постановление в официальном периодическом печатном издании, распространяемом в Рузском городском округе и разместить на официальном сайте Рузского городского округа Московской области в сети «Интернет».

3. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Главы Рузского городского округа Волкову Е.С.

Глава городского округа Н.Н. Пархоменко

Утвержден

постановлением Администрации Рузского городского округа от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_

**ПОРЯДОК**

**организации деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Рузского городского округа Московской области**

**I. Общие положения**

1. Настоящий Порядок организации деятельности психолого-медико-педагогической комиссии на территории Рузского городского округа Московской области (далее – Порядок) регламентирует деятельность психолого-медико-педагогической комиссии Рузского городского округа Московской области.

2. Территориальная комиссия Рузского городского округа (далее – Территориальная комиссия) создается Управлением образования Администрации Рузского городского округа (далее – органы управления образованием), и осуществляет свою деятельность в пределах территории Рузского городского округа Московской области.

Территориальная комиссия в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов детей, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации, Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральными законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (далее – Положение), нормативными правовыми актами Московской области, настоящим Порядком.

3. Территориальная комиссия создается в целях своевременного выявления детей и лиц старше 18 лет с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико- педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

4. Территориальную комиссию возглавляет руководитель. В период отсутствия руководителя, исполнение его обязанностей возлагается на заместителя руководителя.

5. В состав Территориальной комиссии входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог. При необходимости в состав комиссии включаются и другие специалисты.

Включение врачей в состав Территориальной комиссии – по согласованию с Управлением координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций № 1-15 Министерства здравоохранения.

6. Состав и порядок работы Территориальной комиссии утверждается Управлением образования.

7. Информация об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы Центральной комиссии размещается на информационных ресурсах Министерства в информационно-коммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), Территориальной комиссии – на информационных ресурсах органов управления образованием в сети «Интернет».

8. Обследование детей и лиц старше 18 лет осуществляется с соблюдением принципов гуманного отношения, обеспечения защиты их прав и сохранения профессиональной тайны. Информация о проведении обследования в комиссиях, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием в комиссиях, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации третьим лицам осуществляется только с письменного согласия родителей (законных представителей) детей, лиц старше 18 лет, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Руководитель и члены Территориальной комиссии подписывают «Обязательство о неразглашении персональных данных» (приложение 1 к настоящему Порядку).

9. Министерство и органы управления образования создают условия для функционирования комиссий.

**II. Основные направления деятельности и права комиссии**

10. Основными направлениями деятельности Территориальной комиссии являются:

- проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет, лиц старше 18 лет в рамках соблюдения права на получение образования и в целях своевременного выявления особых образовательных потребностей и (или) потребностей в организации индивидуальной профилактической работы, обусловленных нарушениями в физическом, психическом, интеллектуальном, сенсорном развитии, и (или) потребностей в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего (среднего общего) образования (далее – ГИА);

- подготовка по результатам обследования рекомендаций по созданию условий получения ранней комплексной помощи; по созданию специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья; по созданию специальных условий проведения ГИА; по организации специального педагогического подхода или индивидуальной профилактической работы с обучающимися с девиантным (делинквентным) поведением; по оказанию психолого-педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в обучении, развитии и социальной адаптации;

- подтверждение, уточнение или изменение ранее выданных Территориальной комиссией рекомендаций;

- оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, обучающимся старше 18 лет, работникам образовательных организаций Московской области, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей и лиц старше 18 лет с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

- оказание детям, самостоятельно обратившимся в Территориальную комиссию, консультативной помощи по вопросам оказания психолого-педагогической помощи детям, в том числе информации об их правах;

- оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка- инвалида;

- осуществление учета данных о детях (лицах старше 18 лет в рамках соблюдения права на получение образования) с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, прошедших комиссию, с использованием электронного документооборота;

- 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;

- взаимодействие с психолого-педагогическими консилиумами образовательных организаций Московской области (далее – образовательные организации).

11. Центральная комиссия, кроме установленных [пунктом](https://base.garant.ru/70485996/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/#block_1010) 10 настоящего Порядка основных направлений деятельности, осуществляет:

координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности Территориальных комиссий;

проведение обследования по направлению Территориальных комиссий, а также в случае обжалования родителями (законными представителями) детей заключения Территориальных комиссий.

12. Территориальная комиссия имеет право:

вносить предложения в Министерство по вопросам совершенствования деятельности комиссии на рассмотрение;

запрашивать у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

осуществлять мониторинг учета рекомендаций Территориальной комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей).

**III. Организация деятельности и порядок приема комиссии**

13. График работы Территориальной комиссии утверждается ежегодно: Центральной комиссии– Министерством, Территориальной комиссии – Управлением образования.

14. Обследование проводится с использованием дистанционных технологий или очно в помещениях, где размещается комиссия.

15. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания, обучения или лечения, если обследование не может быть проведено в дистанционном режиме по медицинским показаниям и обследуемый не может прибыть в помещения, где размещается Территориальная комиссия.

16. Центральная комиссия и Территориальные комиссии ведут документацию в электронном виде и/или на бумажном носителе.

17. Территориальной комиссией ведется следующая документация:

- журнал записи на обследование детей и лиц старше 18 лет (в электронном

виде);

- журнал учета детей и лиц старше 18 лет, прошедших обследование (на бумажном носителе и в электронном виде);

- журнал учета заключений, выданных комиссией;

- карта лица, прошедшего обследование (на бумажном носителе);

- протокол обследования ребенка или лица старше 18 лет (на бумажном носителе и (или) в электронном виде).

18. Территориальная комиссия имеет печать и бланки со своим наименованием.

19. Обследование и (или) консультирование специалистами проводится бесплатно.

20. Прием заявлений на получение заключений Территориальной комиссии или проведение консультирования осуществляется посредством государственной информационной системы Московской области «Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области», расположенной в сети «Интернет» по адресу: [www.uslugi.mosreg.ru](http://www.uslugi.mosreg.ru/) (далее – Портал). Прием заявлений на Портале осуществляется в срок до 7 рабочих дней.

К заявлению прикладываются документы, предусмотренные пунктом 21 настоящего Порядка (кроме паспорта гражданина Российской Федерации и свидетельства о рождения ребенка). В случае прохождения Территориальной комиссии с целью получения рекомендаций о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования необходимо дополнительно прикрепить комплект документов, предусмотренных пунктом 23 настоящего Порядка.

21. Для проведения обследования ребенка или лица старше 18 лет непосредственно в Территориальную комиссию заявитель предоставляет следующие документы:

1) заявление о проведении обследования в Территориальной комиссии в очном (приложение 2 к настоящему Порядку) дистанционном (приложение 3 к настоящему Порядку) формате;

2) свидетельство о рождении ребенка – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;

3) паспорт гражданина Российской Федерации ребенка (при наличии, для ребенка старше 14 лет) – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;

4) документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя): (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, паспорт иностранного гражданина (с переводом)) – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;

5) документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;

6) выписка из истории развития ребенка из медицинской организации по месту жительства (регистрации) – оригинал;

7) заключение (заключения) врача, наблюдающего ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) - оригинал;

8) заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии) – копия;

9) заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии) – копия;

10) справка бюро медико-социальной экспертизы и индивидуальная программа реабилитации или абилитации (при наличии, для детей-инвалидов, инвалидов старше 18 лет) – копии с предъявлением оригиналов или заверенные в установленном порядке;

11) направление образовательной организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации (при наличии) – оригинал;

12) характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций), – оригинал;

13) копии письменных работ по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка, заверенные в установленном порядке.

22. Для прохождения Территориальной комиссии с целью получения рекомендаций о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования, кроме указанных в пункте 21 настоящего Порядка документов необходимо дополнительно предоставить:

1) медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями о создании специальных условий при сдаче ГИА в текущем учебном году - оригинал;

2) медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями о создании специальных условий при сдаче ГИА на дому (в медицинской организации) в текущем учебном году (при наличии) - оригинал;

3) медицинское заключение врачебной комиссии с рекомендациями об обучении на дому (при наличии) - копия, заверенные в установленном порядке;

4) приказ о переводе на обучение на дому/организации обучения в медицинской организации (при наличии) - копия, заверенная в установленном порядке.

23. При необходимости Территориальная комиссия запрашивает у соответствующих органов и организаций, лица старше 18 лет дополнительную информацию.

В отношении ребенка дополнительная информация запрашивается также у родителей (законных представителей).

24. Обследование Территориальной комиссией возможно только при подаче полного комплекта документов. Информирование родителей (законных представителей) или лица старше 18 лет, обратившихся в комиссию с заявлением о проведении обследования, о дате, времени и месте проведения обследования осуществляется комиссией в 5-дневный срок.

25. В день проведения обследования родитель (законный представитель) или лицо старше 18 лет подписывает согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложениям 4 - 6 к настоящему Порядку.

26. Обследование Территориальной комиссией детей проводится в присутствии родителей (законных представителей).

27. Обследование проводится каждым специалистом комиссии индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого.

28. В ходе обследования ребенка или лица старше 18 лет Территориальной комиссией оформляется протокол (приложение 7 к настоящему Порядку), в котором указываются сведения об обследуемом, специалистах комиссии, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение комиссии.

29. По результатам обследования Территориальная комиссия формирует заключение в электронном виде, которое содержит рекомендации о необходимом психолого-педагогическом сопровождении и создании специальных условий получения образования (приложения 8-14 к настоящему Порядку).

30. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения Территориальной комиссией производятся в отсутствие детей.

31. Протокол и заключение Территориальной комиссии оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами комиссии, проводившими обследование, и руководителем Территориальной комиссией (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью Комиссии.

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения Территориальной комиссии продлевается, но не более чем 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

32. Копия заключения Территориальной комиссии и копии особых мнений специалистов (при их наличии) (приложение 15 к настоящему Порядку) по согласованию с родителями (законными представителями) детей, либо лицами старше 18 лет выдаются им под подпись или направляются по почте с уведомлением о вручении.

33. При решении Территориальной комиссии о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

34. В случае принятия решения Территориальной комиссией о необходимости запроса у соответствующих органов и организаций, лица старше 18 лет дополнительной информации или у родителей (законных представителей) дополнительной информации о ребенке, родитель (законный представитель) несовершеннолетнего или совершеннолетнее лицо, обследуемое комиссией, информируется о необходимости запроса дополнительной информации.

35. Территориальная комиссия в случае необходимости направляет ребенка или лицо, достигшее 18 лет, для проведения обследования в Центральную комиссию.

Родители (законные представители) ребенка или лицо старше 18 лет, прошедшее обследование, в случае несогласия с заключением Территориальной комиссии вправе его обжаловать в Центральной комиссии.

36. Заключение Территориальной комиссии для родителей (законных представителей) детей и лиц старше 18 лет, прошедших комиссию, носит рекомендательный характер.

37. Представленное родителями (законными представителями) детей, лицами старше 18 лет заключение Территориальной комиссии является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и муниципальными органами управления образованием, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией, рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей и лиц старше 18 лет.

Заключение Территориальной комиссии действительно для представления в указанные органы, организации в течение одного календарного года с даты его подписания.

Срок хранения документации ребенка, прошедшего обследование на Территориальной комиссии - 10 лет после достижения ребенком возраста 18 лет.

Приложение 1

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Понимаю, что являясь специалистом Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Рузского городского округа, получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Московской области (далее – ПМПК); во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся в ПМПК.

Понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся в ПМПК, как прямой, так и косвенный.

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

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

анкетные и биографические данные;

состав семьи;

паспортные данные;

социальные льготы;

специальность;

занимаемая должность;

наличие судимостей;

адрес места жительства, номера домашнего и /или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;

место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;

состояние здоровья ребенка;

актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;

заключение специалистов ПМПК;

рекомендации, полученные по результатам обращения в ПМПК;

иная информация, относящаяся к категории персональных данных или информации ограниченного доступа.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц в ПМПК. Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся в ПМПК, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение 2

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

Руководителю территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

ФИО руководителя

от

ФИО родителя (законного представителя) полностью

документ, удостоверяющий личность

выдан

адрес регистрации:

телефон: +7 ( )

e-mail: @

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование

ФИО ребёнка (полностью), лица старше 18 лет, дата рождения

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка, лица старше 18 лет

с целью (отметить необходимое):

□ получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования

□ получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА

□ консультирование

и предоставить мне копию заключения территориальной психолого-медико- педагогической комиссии Московской области (далее - ПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

Ознакомлен(-а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

« » 20 г.

/

подпись заявителя ФИО

Приложение 3

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

Руководителю территориальной психолого-медико- педагогической комиссии

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

от

ФИО родителя (законного представителя) полностью

документ, удостоверяющий личность

выдан

адрес регистрации:

телефон: +7 ( )

e-mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в дистанционном онлайн режиме

ФИО ребёнка (полностью), лица старше 18 лет дата рождения

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

с целью (отметить необходимое):

□ получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования;

□ получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА;

□ консультирование

и предоставить мне копию заключения территориальной психолого-медико- педагогической комиссии Московской области (далее - ПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

Ознакомлен с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

« » 20 г.

/

подпись заявителя ФИО

Приложение 4

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЁНКА

Я,

ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу:

паспорт: серия № , выданный

,

телефон, e-mail

данные ребёнка

ФИО ребенка полностью в именительном падеже

На основании

свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является

№ от

законным представителем подопечного

как его (её) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку в психолого- медико-педагогической комиссии Московской области по адресу: (далее - ПМПК) персональных данных ребёнка, к которым относятся:

данные, удостоверяющие личность ребёнка (свидетельство о рождении или паспорт); данные о возрасте и поле;

данные о гражданстве;

данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;

данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;

ФИО родителя/законного представителя, кем приходится ребёнку, адресная и контактная информация;

сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребёнок-сирота);

форма получения образования ребенком;

изучение русского (родного) и иностранных языков;

сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);

данные психолого-педагогической характеристики; форма и результаты участия в ГИА;

форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;

отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;

данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские

заключения);

сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка в целях:

учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях; соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;

учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами;

учёта обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;

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

использования с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;

обеспечения личной безопасности обучающихся.

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

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

Я проинформирован, что ПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка в ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ПМПК письменного отзыва.

Согласен/согласна, что ПМПК обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я,

фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребёнка

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребёнка.

Дата Подпись / /

Приложение 5

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я, ,

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу:

паспорт серия № , выданный

телефон, e-mail

настоящим даю своё согласие на обработку в психолого-медико-педагогической комиссии Московской области по адресу: г.Руза, ул.Солнцева, д.9 (далее – ПМПК) своих персональных данных, к которым относятся:

данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле;

данные о гражданстве;

адресная и контактная информация;

сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении в отношении ребенка. Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

использования с применением средств автоматизации или без таких средств, включая

хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;

обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

Я проинформирован(а), что ПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка в ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ПМПК письменного отзыва.

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

Я,

фамилия, имя, отчество гражданина

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

Дата Подпись / /

Приложение 6

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, ,

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу:

паспорт серия № , выданный

телефон, e-mail

настоящим даю своё согласие на обработку в психолого-медико-педагогической комиссии Московской области по адресу: (далее – ПМПК) своих персональных данных, к которым относятся:

данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле;

данные о гражданстве;

адресная и контактная информация;

сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении. Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

использования с применением средств автоматизации или без таких средств, включая

хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;

заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;

обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

Я проинформирован(а), что ПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ПМПК письменного отзыва.

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

Я,

фамилия, имя, отчество гражданина

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

Дата Подпись / /

Приложение 7

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ

от №

ФИО обследуемого Дата рождения Возраст на момент обследования

Пол обследуемого: муж/жен

Место проведения обследования:

в помещениях, закрепленных за ПМПК/ по месту проживания обследуемого/ в образовательной организации/ в медицинской организации/ в организации социальной защиты/ в иной организации/ дистанционно.

Прием: первичный/ повторный Наличие инвалидности: да/ нет Инициатор обращения в ПМПК:

родители (законные представители)/ организация осуществляющая образовательную деятельность/организация здравоохранения/органы (организации) опеки/ органы (организации) социальной защиты/ бюро МСЭ/ иная организация (указать какая)/ самостоятельно.

Состав/статус семьи Для детей, оставшихся без попечения родителей и детей-сирот: возмездная опека (кроме организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)/ безвозмездная опека/ полное государственное обеспечение (организация для детей-сирот и детей оставшихся без

попечения родителей/ психоневрологический интернат).

Адрес регистрации (проживания) обследуемого

ФИО родителя (законного представителя)

Телефон

Перечень документов, представленных на ПМПК:

Свидетельство о рождении,

паспорт родителя (законного представителя),

предыдущее заключение ПМПК,

Справка МСЭ,

ИПРА,

заявление на проведение обследования,

выписка из истории развития, характеристика, представление ППк ОО,

Согласие на обработку персональных данных,

медицинское заключение,

иное

Сведения об образовании:

Наименование образовательной организации Посещал/не посещал/посещает в настоящее время

Уровень образования:

дошкольное/ начальное общее/ основное общее /среднее общее/ профессиональное обучение/ среднее профессиональное.

Группа/ класс/ курс: Образовательная программа Реализация образовательной программы м применением дистанционных технологий: да/нет

Организация обучения:

в образовательной организации/ на дому/ в санаторной образовательной организации/ в медицинской организации/ семейное образование.

Заключения специалистов ПМПК:

Педагог-психолог

Учитель-логопед

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог)

Социальный педагог

Коллегиальное заключение (выводы) ПМПК:

*нуждается/не нуждается*: в ранней комплексной помощи/в создании специальных условий

/в создании специальных условий при проведении ГИА по образовательным программам основного общего/ среднего общего образования/в организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы)/ в психолого-педагогической помощи.

*нуждается* в дополнительном обследовании

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа \_\_\_\_\_ Уровень образования Реализация программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий:

Предоставление услуг ассистента (помощника):

Специальные методы обучения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебные пособия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация пространства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тьюторское сопровождение обучающихся: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы: Педагог-психолог

Учитель-логопед

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог)

Социальный педагог

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных рекомендаций: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особое мнение специалистов ПМПК: Иные рекомендации ПМПК:

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены ПМПК / МП (подпись) ФИО

Приложение 8

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

о создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью

№\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

**ФИО обследуемого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья**:

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вариант и срок реализации программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предоставление услуг ассистента (помощника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные методы обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебники \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные учебные пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальные технические средства обучения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Организация пространства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тьюторское сопровождение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Направления коррекционной работы**:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата выдачи заключения ПМПК:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены ПМПК / МП (подпись) ФИО

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ТПМПК ознакомлен(а). С заключением согласен(на). Оригинал заключения получен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

дата подпись Ф.И.О родителя (законного представителя)

Приложение 9

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

и организации специального педагогического подхода к обучающемуся с девиантным поведением, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ,развитии и социальной адаптации

№ от

ФИО обследуемого Дата рождения

Образовательная программа Уровень образования \_ Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и

дистанционных образовательных технологий

Направления коррекционной работы: Педагог-психолог

Учитель-логопед

Социальный педагог

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены ПМПК /

МП

Приложение 10

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

№ от

ФИО обследуемого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Образовательная программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уровень образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и

дистанционных образовательных технологий

Направления коррекционной работы: Педагог-психолог

Учитель-логопед

Социальный педагог

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены ПМПК /

МП

Приложение 11

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью (на уровень среднего профессионального образования, высшего профессионального образования, основную программу профессионального обучения)

№ от

ФИО обследуемого Дата рождения

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа

Психолого-педагогическое сопровождение: Педагог-психолог

Социальный педагог

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией

рекомендаций:

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены ПМПК /

МП

Приложение 12

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ от

ФИО обследуемого Дата рождения

Образовательная программа

Уровень образования:

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий

Не нуждается в создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью.

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены Комиссии /

МП

Приложение 13

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

**ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении ГИА- 9**

**Протокол** № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО обучающегося:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Класс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заключение ПМПК** (нужное подчеркнуть**)**:

Не нуждается в создании условий при проведении ГИА,

Нуждается в создание условий при проведении итогового собеседования по русскому языку

Нуждается в создании специальных условий при проведении итогового государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования;

**Обучающийся с ОВЗ**: нет/ да

на основании Заключения ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Обучающийся имеющий инвалидность**: нет/да

на основании справки МСЭ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. на срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обучающийся на дому:** нет/ да

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Обучающийся в медицинской организации:** нет/ да

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обучающийся, нуждающийся в создании условий по медицинским показаниям:**

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основание для выбора формы ГИА**: имеется, не имеется.

**Основание для сокращения количества экзаменов до 2-х обязательных:**

имеется, не имеется

**Категория ЭМ (ГВЭ):**

Русский язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Математика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ вариантов ЭМ при ГВЭ № вариантов ЭМ при ГВЭ

**Продолжительность экзамена, допуска к экзамену:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Требование к оформлению КИМ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Требование к рабочему месту:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ассистент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Оформление работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Организация ППЭ:** на базе ОО / на дому / на базе медицинской организации

**Индивидуальная система оценивания** итогового собеседования по русскому языку:

нуждается/не нуждается

**Медицинское сопровождение**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК /

(подпись) ФИО

Члены Комиссии /

**Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ТПМПК ознакомлен(а).**

**С заключением согласен(на). Оригинал заключения получен.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

дата подпись Ф.И.О родителя (законного представителя)

Приложение 14

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

**ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении ГИА-11**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО обследуемого:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Класс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть)**:

Не нуждается в создании условий при проведении ГИА, итогового собеседования/сочинения (изложения);

Нуждается в создании условий при проведении итогового сочинения (изложения);

Нуждается в создании условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования

**Обучающийся с ОВЗ**: нет/ да

на основании Заключения ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Обучающийся имеющий инвалидность**: нет/да

на основании справки МСЭ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.на срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Обучающийся на дому:** нет/ да

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Обучающийся в медицинской организации:** нет/ да

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обучающийся нуждающийся в создании условий по медицинским показаниям**

на основании медицинского заключения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

наименование медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основание для выбора формы ГИА**: имеется, не имеется.

**Категория ЭМ (ГВЭ):**

Русский язык: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Математика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ вариантов ЭМ при ГВЭ № вариантов ЭМ при ГВЭ

**Продолжительность экзамена, допуска к экзамену:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Требование к оформлению КИМ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Требование к рабочему месту:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ассистент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Оформление работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Организация ППЭ:** на базе ОО / на дому / на базе медицинской организации

**Индивидуальная система оценивания** итогового собеседования по русскому языку\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Медицинское сопровождение**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Руководитель ПМПК /  (подпись) ФИО  Члены Комиссии / |  |
|  |  |
|  |  |

**Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ТПМПК ознакомлен(а).**

**С заключением согласен(на). Оригинал заключения получен.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

дата подпись Ф.И.О родителя (законного представителя)

Приложение 15

к Порядку организации деятельности

территориальной психолого- медико-

педагогической комиссии

Рузского городского округа

ОСОБОЕ МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

Выписка из протокола № от 20 г.

ФИО обследуемого:

Дата рождения:

Специалисты ПМПК:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_